SONDERHEFT: KINDERPSYCHOTHERAPIE

PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS



VIERTELJAHRESSCHRIFT
FÜR ÄRZTLICHE PSYCHOTHERAPIE

HERAUSGEGEBEN VON
DR. W. STEKEL, WIEN / PROF. DR. A. KRONFELD, BERLIN
FÜR DIE SCHWEIZ:
DOZ. DR. O.-L. FOREL, PRANGINS / DOZ. DR. W. MORGENTHALER, BERN / PROF. DR. J. E. STAEHELIN, BASEL
FÜR DIE NORDISCHEN LÄNDER:
DR. POUL BJERRE, STOCKHOLM / DR. OLUF BRÜEL, KOPENHAGEN / DR. HELGI TÓMASSON, REYKJAVIK
FÜR HOLLAND:
PROF. DR. L. VAN DER HORST, AMSTERDAM
FÜR RUMÄNIEN:
PROF. DR. E. SPERANTIA, CLUJ
FÜR RUSSLAND:
PROF. DR. J. S. GALANT, LENINGRAD / PROF. DR. N. BRUCHANSKI, MOSKAU
SCHRIFTLEITUNG: DR. ERNST BIEN, WIEN

BAND 2 JULI 1935 HEFT 3

INHALTSVERZEICHNIS

VERLAG FÜR MEDIZIN, WEIDMANN & CO.
WIEN LEIPZIG BERN

DIE PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS

ist ein unabhängiges und überparteiliches Organ im Dienst der praktischen ärztlichen Psychotherapie und ihrer Grenzgebiete

Vierteljährlich erscheint 1 Heft. 4 Hefte umfassen einen Band von 16 Bogen (256 Seiten). Preis RM 12.— im Jahresabonnement. Einzelhefte werden mit RM 4.— berechnet. Mitglieder psychotherapeutischer Vereinigungen erhalten bei direkter Bestellung vom Verlag einen Vorzugspreis von RM 10.—. Die Zeitschrift wird den Beziehern bis zur Abbestellung geliefert; diese muß spätestens 4 Wochen vor Beginn eines neuen Jahrganges beim Verlag eingehen. — Die Herren Mitarbeiter erhalten 10 Sonderabdrucke kostenlos. Ein Mehrbedarf wird zum Selbstkostenpreis verrechnet

Manuskripte und sonstige redaktionelle Zuschriften sind zu senden an die Schriftleitung:
Dr. Ernst Bien, Wien, IX., Spitalgasse 17

Die für das vorliegende Sonderheft vorgesehene Rundfrage

„Über die Indikationen und Grenzen der Psychotherapie bei Kindern"

mußte aus Raumgründen in das nächste Heft verlegt werden.

In der Rundfrage kommen folgende Autoren zu Wort:

Prof. Dr. Erich Benjamin, Kindersanatorium Zell-Ebenhausen / **Privat-Dozent Dr. Stefan Ederer,** Budapest / **Priv.-Doz. Dr. Werner Gottstein,** Berlin / **Dr. E. Nassau,** Berlin / **Prof. Dr. A. Orgler,** Berlin / **Dr. Carl Pototzky,** Berlin-Grunewald

In den nächsten Heften werden folgende Arbeiten erscheinen:

R. Allendy (Paris): Das Simile-Gesetz in der Psychotherapie
K. Birnbaum (Berlin): Körpererlebnis und Charaktergestaltung
J. Bratt (Alingsas, Schweden): Heilung eines Falles von zwanzigjähriger Impotenz
P. Ehmke (Danzig): Die Bedeutung des Über-Ich in der Psychotherapie
I. Fischer (Wien): Priapismus als prä- und postmortales Symptom
E. Gabriel (Wien): Zur Therapie der Suchten
L. Kopelowitsch (Windau, Lettland): Die Menschenangst
A. Kronfeld (Berlin): Vorabdruck eines Kapitels aus „Technik der Psychotherapie"
H. March (Berlin): Ein Gutachten in einer Alimentationsklage gegen einen Impotenten
Fr. M. Meyer (Berlin): Ein Traum eines Morphinkranken
W. Scheidegger (Langenthal, Schweiz): Erziehungsfehler und deren Behebung
W. Stekel (Wien): Gewissenskrankheiten
J. Tabori (Sombor, S.H.S.): Die Organwahl der Neurose
P. Valéry (Paris): Aus einer Rede über die Tugend

ANSCHRIFTEN DER MITARBEITER DIESES HEFTES

Dr. C. Boenheim, Berlin W 30, Landshuterstr. 29 / **Prof. Dr. P. Karger,** Berlin W 50, Pragerstr. 17 / **Dr. W. Stekel,** Wien, VIII., Langeg. 65 / **Doz. Dr. J. K. Friedjung,** Wien, I., Ebendorferstr. 6 / Med.-Rat **Dr. A. Missriegler,** St. Andrä-Wördern bei Wien / **Dr. G. Ockel,** Guben, Lindengraben 16 / **Dr. V. Frankl,** Wien, II., Czerning. 6 / **Dr. T. Ramer,** Stockholm, Sven Rinmansgatan 3 / **Doz. Dr. M. Tramer,** Solothurn (Schweiz) / **Dr. H. Zulliger,** Ittigen bei Bern / **Dr. A. Kronfeld,** Berlin W 35, Friedr. Wilhelmstr. 3 / **Dr. E. Bien,** Wien, IX., Spitalg. 17 / **Dr. H. Meng,** Basel, Angensteinerstr. 16 / **Dr. W. Kornfeld,** Wien, XVIII., Weimarerstr. 7 / **Dr. A. Bretschneider,** Mülheim a. d. Ruhr, Eppinghoferstr. 39 / **E. Grailich,** Bratislava, Gyurikovichova 6

VERLAG FÜR MEDIZIN, WEIDMANN & CO.
WIEN, IX., BERGGASSE 13

KLINISCHES

Über Psychotherapie bei motorischen Störungen im Kindesalter

Von

Dr. Curt Boenheim in Berlin

Wenn man aus dem weiten Arbeitsgebiet der Kinderpsychotherapie einen kurzen, der Praxis dienenden und doch wesentliche Gesichtspunkte enthaltenden Beitrag bringen soll, so eignen sich die motorischen Störungen hierzu deshalb besonders, weil die Motorik einmal in allen Phasen kindlicher Entwicklung eine große Rolle spielt und weil anderseits an diesem Beispiel Methoden und Bedingungen der Kinderpsychotherapie verdeutlicht werden können.

Zunächst einige Bemerkungen über die Bedeutung der Motorik. Beim jungen Säugling beginnt nach einer etwa halbjährigen Zeit primitiver Bewegungsunordnung eine allmählich zunehmende Unterstellung des motorischen Apparats unter zweckvolle Zielsetzungen. Das Greifen und Erfassen von Gegenständen, später der Beginn des Laufens sind wesentlicher Erwerb dieser Zeitspanne. Gleichzeitig mit der Benutzung des Bewegungssystems zu bewußtem Handeln wird eine andere Seite der Motorik offenbar. Schon beim jungen Säugling drückt sich Freud' und Leid in seiner Bewegung aus. Das wohlige Strampeln und Rekeln, das unlustvolle Stoßen und Zappeln zeigen die innige Verbundenheit der Motorik mit dem Affektleben. Sehen wir uns im Gegensatz hierzu einen Jugendlichen zur Zeit der Reife an, so treffen wir in veränderter Form die gleichen Verhältnisse an. Entsprechend der geistigen Stufe, der erworbenen körperlichen Geschicklichkeit, abhängig von vielerlei Anlage- und Umwelteinflüssen ist die Motorik zu einem unentbehrlichen Werkzeug des tätigen Lebens geworden. Auf der anderen Seite spiegelt sich in ihr Temperament und Affektleben, Gang und Gebärde haben ihre persönliche Note bekommen: Motorik ist zu einem empfindlichen Ausdrucksorgan geworden. Die Entwicklung von der angedeuteten primitiven Stufe bis zur Feinmechanik ist durch die Gesetzmäßigkeit des allgemeinen Formungs- und Bildungsprozesses vorgezeichnet. Erweiterung der Anforderungen und Vertiefung des geistig-seelischen Gehaltes bedingen die allmähliche Erhöhung der Funktionssicherheit. Innerhalb der Variationsbreite, die das Entwicklungsgesetz zuläßt, bekommt die Motorik des Einzelnen ihr spezifisches Gepräge, das ein Produkt von Anlage- und Umweltfaktoren ist. Wir sehen die verschiedensten Stufen von Geschicklichkeit und motorischer Begabung, finden Bewegungsarmut- und Reichtum, Ruhe und Unruhe in mannigfacher Verbundenheit mit anderen Eigenschaften.

Bei der innigen Verflochtenheit der Motorik mit den Lebensvorgängen des Kindes, deren Funktion ein Spiegelbild von der Gesamtfunktion des Individuums bietet, ist die Gefahr der Störungen groß. Schwankungen in der allgemeinen Entwicklung, Hemmungen und Abweichungen von der Norm finden ihren Niederschlag in der Motorik. Nicht immer ist die Entscheidung leicht zu treffen, ob ein Vorgang sich innerhalb der Grenzen einer mittleren Breite hält oder ob er diese wesentlich überschreitet. Stets wird die Prüfung der Gesamtlage, der geistig-seelischen Stufe, des Alters, der Dauer der Störung und anderer Faktoren erfolgen müssen, bevor ein Urteil über den Grad der Abweichung und damit über die Notwendigkeit einer Behandlung abgegeben werden kann.

Aus der Fülle der vorkommenden Bewegungsstörungen wählen wir hier diejenigen aus, die in der Praxis des Psychotherapeuten und Kinderarztes die größte Rolle spielen. Grobe angeborene oder erworbene Defektzustände des pyramidalen und extrapyramidalen Systems, mit deren Klinik ich mich an anderer Stelle ausführlich auseinandergesetzt habe, müssen außerhalb unseres Rahmens bleiben. Betont sei aber ausdrücklich, daß die später angegebenen therapeutischen Richtlinien auch auf organisch bedingte Fälle sinngemäß Anwendung finden.

Das häufigste Bild, das der Praktiker zu sehen bekommt, ist die motorische Unruhe. Der sogenannte Zappelphilipp in seinen verschiedenen Erscheinungsformen bedeutet vielfach eine starke Belastung von Elternhaus und Schule und setzt auch dem behandelnden Arzt nicht unerhebliche Widerstände entgegen. Motorische Unruhe findet sich häufig bei den Entwicklungsstörungen auf geistig-seelischem Gebiet. Ein Übermaß an Bewegungen reflektorisch-unwillkürlicher Art — sonst Reservat der frühen Kindheit — bleibt länger als üblich bestehen, die Ablösung dieser primitiven Form durch eine zweckvolle, willkürliche Motorik ist verzögert, es fehlt die sinnvolle Beschränkung nach dem Grundsatz, optimale Leistung durch minimale Kraftanwendung zu erzielen. Der Grad einer derartigen Bewegungsstörung entspricht nicht immer dem Umfang der allgemeinen Abweichung vom durchschnittlichen Entwicklungsweg. Es gibt hochgradige Unruhe bei leichter Form von Intelligenzschwäche und geringe Hypermotorik bei Imbezillität oder Idiotie. Die verschiedensten Zuordnungen von motorischen Störungen zu Entwicklungshemmungen bedürfen in jedem einzelnen Fall einer genauen Feststellung.

Andere Formen der Unruhe hängen weniger mit einer mangelhaften Ökonomie der Kräfte und Unterentwicklung des willkürlichen Bewegungsapparates zusammen als mit allgemeiner Übererregbarkeit und erhöhter Ansprechbarkeit des motorischen Systems, betreffen also mehr die Motorik als Ausdruck. Jeder Praktiker kennt die sensiblen, reizbaren Kinder, die wenig Ausdauer bei einer Beschäftigung haben, die sich schwer konzentrieren, sich laut und ungestüm bewegen. Viele von ihnen bevorzugen alle Spiele, die mit Umhertoben verbunden sind, während sie alles, was mit Stillsitzen und Konzentration verknüpft ist, verabscheuen. Andere lieben mehr als das Spiel die Gesellschaft Erwachsener, denen sie in ihrem Verhalten nachstreben. Sie sind frühreif, haben ein schwer zu befriedigendes Verlangen nach Neuigkeiten und Sensationen, schnappen alles auf und fragen unaufhörlich. Ihre Intelligenz ist oftmals nicht herabgesetzt, vielfach überdurchschnittlich. Im Vordergrund der mannigfaltigen Bilder steht immer Bewegungsdrang, Unruhe und Hast.

Den Fällen von Hypermotorik stehen Formen von Bewegungsarmut gegenüber, an Zahl bleiben sie hinter jenen zurück. Auch hier muß man Kinder mit vorübergehenden oder länger anhaltenden Entwicklungspausen und mit Defektzuständen unterscheiden, bei denen die Bewegungsarmut der Ausdruck einer geistig-seelischen Leere ist, und auf der anderen Seite Individuen, die bei mitt-

leren, oft überdurchschnittlichen Anlagen ein Leben führen, das sich etwas abseits von der Gemeinschaft abspielt. Hier entspricht der Mangel an Beweglichkeit und Bewegungsdrang der allgemeinen Grundhaltung, die wenig nach außen gerichtet ist. Diese Kinder sind nicht nur in der Bewegung, sondern auch sonst zurückhaltend, mit sich beschäftigt.

In manchen Fällen handelt es sich mehr um eine Disharmonie in der Bewegung als um Gradunterschiede. Mangelhafte motorische Begabung und Ungeschicklichkeit geben dem betreffenden Kind ein bestimmtes Gepräge. Auch hier finden wir die verschiedensten Intelligenz- und Charakterveranlagungen. Das eine Kind, das geistig hervorragend begabt ist, behält seine linkischen, unbeholfenen Bewegungen noch bei, wenn aus ihm bereits ein Gelehrter geworden ist, ein anderes, das sich von seiner primitiven geistigen Stufe bis ins Alter hinein nicht wesentlich entfernt, zeigt großes körperliches Geschick, Grazie und Bewegungsschönheit.

Mit dieser Skizzierung einiger praktisch wichtiger Bewegungsvarianten ist der wirkliche Formenreichtum keineswegs angedeutet, es kam nur darauf an, einige Gesichtspunkte im Hinblick auf die Behandlung herauszuheben.

Unter den lokalisierten Bewegungsstörungen steht der Tic in vorderster Linie. Man bezeichnet mit diesem Fachausdruck eine rhythmisch sich wiederholende, schnell ablaufende, auf einzelne Muskelgruppen begrenzte Bewegung, die gewissermaßen eine Multiplikation eines an sich zweckmäßigen Vorgangs ist, von dem sie sich aber durch die auf dem Weg der Fixierung entstandene Wiederholung unterscheidet. Am häufigsten findet sich der Tic bei Kindern in der Muskulatur des Gesichtes, der Augenlider und des Halses, seltener an den Extremitäten. Ähnlichkeiten der klinischen Bilder mit enzephalitischen Restzuständen legen die Deutung nahe, daß die gleichen Teile, die bei der Enzephalitis erkrankt sind, in diesen Fällen besonders die Stammganglien, bei den gewöhnlichen Tic-Formen entwicklungsgehemmt sind. Es würde sich also um Anlageminderwertigkeiten handeln, die im Lauf der Zeit ausgeglichen werden können und die einer Behandlung zugänglich sind. Mit großer Regelmäßigkeit weisen sowohl die Eltern derartiger Kinder wie diese selbst Zeichen allgemeiner motorischer Erregbarkeit auf. Es ist ferner eine große Reizempfindlichkeit zu bemerken. Äußere Ursachen, wie eine Augenentzündung bei einem Blinzeltic, sind als veranlassende Momente aufzufassen. Das Entscheidende besteht darin, daß bei Fortfall des äußeren Faktors die Bewegungsstörung unverändert anhält. Die Psychogenese des Tic ist vor allem von psychoanalytischer Seite näher untersucht worden. Der Tic wird dort z. B. der anal-sadistischen Phase eingeordnet, wird als Onanie-Äquivalent gedeutet etc. Eigene Erfahrung an etwa 50 selbst beobachteten Fällen hat mich zur Überzeugung gebracht, daß eine einheitliche psychologische Determinierung aller Tic-Formen nicht möglich ist. Wenn man bei weiter Fassung des Sexualitätsbegriffes von einer Muskelerotik spricht, so dürfte auch nach meiner Meinung bei manchen Fällen von Tic die Bewegung lustbetont genannt werden. Auf der anderen Seite kenne ich aber genügend Fälle, bei denen eine derartige Deutung völlig fehl am Platz wäre, wo viel mehr Unlust als Lust festzustellen ist. Überhaupt dürfte man bei der allgemeinen Hypermotorik, beim ungestümen Bewegungsdrang und bei den später erwähnten rhythmischen Bewegungsformen mit größerer Berechtigung von Bewegungslust reden als gerade beim Tic. Ich kann hier nicht näher auf diese

interessante Problematik eingehen, möchte nur betonen, daß in jedem einzelnen Fall die psychologischen Bedingungen genau erforscht werden müssen, die zumeist komplexer Art sind und nur selten unter einen Generalnenner gebracht werden können.

Während ausgebildete Formen des Tic keine nennenswerten diagnostischen Schwierigkeiten bereiten, ist in weniger charakteristischen Fällen eine Verwechslung mit der choreatischen Bewegungsstörung möglich. Da die Behandlung der Chorea andere Wege gehen muß als die Therapie des Tic, ist eine Klärung stets notwendig. Man muß sich hierbei vor Augen halten, daß die Tic-Bewegung ein an sich normaler, koordinierter Vorgang ist, die choreatische Bewegung dagegen ihr Ziel auf Umwegen erreicht, ausfahrend und unkoordiniert genannt werden muß. Der Beginn der Chorea ist ferner bekanntlich mit einer Infektion in Beziehung zu setzen, psychologische Bedingungen haben eine weit geringere Bedeutung als bei der Genese des Tic. Eine genauere Beobachtung führt meist bald zur richtigen Diagnose.

Ausgesprochener Lustcharakter ist, wie erwähnt wurde, rhythmischen Bewegungsvorgängen zuzusprechen, die besonders in der frühen Kindheit beobachtet werden. Es handelt sich hier um triebhafte Gewohnheiten, die vor dem Einschlafen, in manchen Fällen auch während des Tages auftreten. Schütteln des Kopfes oder Schaukeln des ganzen Körpers erzeugen eine Wiegebewegung, die als Mittel zum Einschlafen benutzt wird. Oftmals ist das Schaukeln mit Lutschen oder Einschlafzeremonien verknüpft. Es bestehen fließende Übergänge zwischen derartigen Triebgewohnheiten und zwangsneurotischen Symptomen. Auch zum Tic führen Verbindungslinien.

Besondere Beachtung verdienen die Anfälle im Kindesalter. Bei den nicht epileptischen Zuständen wird die Ausdrucksmotorik zur elementaren Entladung für triebhafte Lebensäußerungen. Die Anfälle sind als Ausdruck eines fehlerhaften unangepaßten Verhaltens gegenüber der Gemeinschaft aufzufassen, als ein Ausweichen vor Schwierigkeiten. Mag es sich um Wutanfälle, respiratorische Affektkrämpfe oder hysterische Zuckungen handeln, stets muß unser Bemühen darauf gerichtet sein, die spezielle psychologische Situation zu klären, aus der heraus derartige Affektausbrüche verständlich werden. Die nichtepileptischen Anfälle sind ein dankbares Objekt für psychische Beeinflussung. Auch bei Anfällen aus dem Formenkreis der genuinen Epilepsie sind psychotherapeutische Gesichtspunkte wesentlich, doch liegt bei diesen der Behandlungsschwerpunkt an anderer Stelle. Auf eine differentielle Schilderung der verschiedenen nichtepileptischen Typen müssen wir verzichten, was bezüglich der ziemlich gleichlaufenden Therapie kein besonderer Nachteil ist.

In die Gruppe der motorischen Störungen, die uns hier interessieren, gehört eigentlich noch das Stottern. Jedoch nimmt diese Störung trotz vieler Gemeinsamkeiten mit den geschilderten Vorgängen in mancher Hinsicht eine Sonderstellung ein, so daß eine Einbeziehung in diese Darstellung den Verhältnissen nicht gerecht werden würde.

Wir kommen zur Erörterung der Behandlung. Die innige Verbundenheit motorischer, d. h. körperlicher Vorgänge mit dem geistig-seelischen Leben entspricht einer Situation, wie sie für das Kindesalter im allgemeinen bezeichnend ist. Es gibt wenig Zustände während der Entwicklung, bei denen das Körperliche nicht wesentlich beteiligt wäre. Dieser Satz gilt in gleicher Weise für normale Vorgänge wie für Abweichungen vom mittleren Weg. Nicht nur Tic und

Anfälle spielen sich vorwiegend in der körperlichen Sphäre ab, auch psychopathische Zustände, Einordnungsschwierigkeiten und Erziehungskonflikte finden beim Kind einen viel intensiveren Niederschlag in körperlichen Vorgängen als beim Erwachsenen. Die Motorik ist ein Musterbeispiel für diese allgemein gültige Tatsache. Der Körper ist Hauptquellengebiet neurotischer Haltungen und zugleich bevorzugter Kriegsschauplatz. Das Leben des Kindes ist zum großen Teil damit ausgefüllt, die Körperbeherrschung in der für die Gemeinschaftseinordnung notwendigen Form zu erlernen. Angeborene oder erworbene Mängel, Organminderwertigkeiten erhöhen die Anpassungsschwierigkeiten vielfach beträchtlich, die der Entwicklungsprozeß bereits an und für sich hervorruft.

Die Einsicht in diese Zusammenhänge macht eine entsprechende Berücksichtigung des Körperlichen bei der Behandlung nervöser Störungen notwendig. Gegenüber einer derartigen Anschauung wird zuweilen der Einwand erhoben, daß therapeutisches Interesse für Symptome wie Unruhe oder Tic den Grundsätzen tiefenpsychologischer Behandlung widerspräche. Dieser Meinung möchte ich auf Grund jahrelanger Erfahrung entgegenhalten, daß eine Behandlung am Symptom der tiefenpsychologischen Betrachtungsweise, zu der auch ich mich bekenne, durchaus nicht zuwiderlaufen muß. Die Strukturanalyse, die in jedem Fall notwendig ist, zeigt vielmehr oftmals, daß sich der Kern der Persönlichkeit und das Symptom nicht wie der Mittelpunkt eines Kreises zur Peripherie verhalten, sondern daß in einer Kette ohne Ende das Symptom an einer Stelle, andere Eigenschaften oder situative Momente an anderen Stellen sich befinden und daß alle Faktoren zusammen die Kette = Persönlichkeit bilden. Die Wertigkeit des Symptoms und die Einschätzung seiner Behandlungsbedürftigkeit ist beim Kind in hohem Maß von der Milieugebundenheit abhängig, in der sein Leben abläuft. Die Unruhe oder der Tic ist nicht nur eine Angelegenheit des betreffenden Kindes, sondern der ganzen Familie. Man denke an die Wechselwirkungen, die ein aufdringliches Symptom auslöst. In kurzer Zeit ist nicht nur das Kind unruhig, sondern die ganze Atmosphäre vibriert. In solchen Fällen, die wir sehr häufig sehen, muß erst das Symptom gemildert werden, bevor man daran denken kann, Tiefenpsychologie zu treiben. Am Symptom wird der therapeutische Hebel angesetzt, von hier aus erfolgt die Aufrollung des Falles. Den umgekehrten Weg, z. B. einen Tic des Kindes in mehreren hundert Sitzungen nur analytisch zu behandeln, ohne sich um die Motorik selbst zu kümmern, halte ich in der Mehrzahl der Fälle für einen Irrweg, der den Verhältnissen beim Kind nicht entspricht.

Bei der Behandlung motorischer Störungen muß weiterhin die große Beeinflußbarkeit und Suggestibilität des Kindes gebührend ausgenützt werden. Die Formbarkeit ist die Voraussetzung für jede Erziehung, sie gibt auch der Kinderpsychotherapie die Möglichkeit des Erfolges. Wenn Melanie Klein die Anschauung vertritt, daß sich der Kinderanalytiker jeder nichtanalytischen, also auch pädagogischen Beeinflussung, analog wie beim Erwachsenen, enthalten müsse, so möchte ich den gegenteiligen Standpunkt einnehmen: Kinderpsychotherapie ist Mit- und Nacherziehung mit bestimmten, zweckangepaßten Methoden. Während der ausgesprochenen analytischen Technik im allgemeinen das diagnostische Bereich zufällt, reicht diese für die Behandlung nicht aus. Wenn man von Jugendlichen absieht, bei denen die Lage

derjenigen der Erwachsenen nahekommt, fehlt im Kindesalter die Voraussetzung für Psychoanalyse als Behandlung. Krankheitseinsicht, Gesundheitswille, Vorstellung vom Wesen der Analyse, kritische Distanz sind dem Kind meist nicht in genügendem Maß eigen, um einer Psychoanalyse den nötigen therapeutischen Erfolg zu sichern. Wir kommen vielmehr mit größerer Wahrscheinlichkeit und schneller zum Ziel, wenn wir aktive Erziehungsmethoden in Anwendung bringen. Da im Lauf einer Behandlung aber immer wieder diagnostische Fragen neben den therapeutischen Gesichtspunkten auftauchen, muß der Arzt durch ausreichende Kenntnisse der Tiefenpsychologie wie der Pädagogik gesichert sein. Dilettantisches Vorgehen ohne gründliche Ausbildung ist ebenso abzulehnen wie orthodoxe Bindung an eine Schulmeinung ohne Sinn für die Erfordernisse der Praxis.

Die aktiv-pädagogische Behandlung motorischer Störungen wird durch die große Übungsbereitschaft- und Fähigkeit des Kindes wesentlich erleichtert. Bei den hypermotorischen Formen kann durch Übung und Disziplinierung der übermäßige Bewegungsdrang in zweckmäßige Bahnen gelenkt werden. Mangel an motorischer Begabung und Ungeschicklichkeit werden durch Training günstig beeinflußt. Triebhafte Gewohnheiten, die durch fehlerhafte Übung eingefahren sind, sind auch im umgekehrten Sinn einer Entwöhnung übungsfähig. Besonders erfolgreich ist die Übungsbehandlung beim Tic. Hier kommt es prinzipiell darauf an, die Muskelgruppen willkürlich zu schulen, die bei der unwillkürlichen Zuckung beteiligt sind. Beim Blinzeltic werden z. B. bewußte Bewegungen der Augenlider und der angrenzenden Gesichtsmuskulatur angeordnet, um die fälschlich eingeschliffenen Bewegungsabläufe zu entautomatisieren. Spezielle Übungen werden zweckmäßigerweise in ein größeres Schema eingeordnet. Atemübungen der verschiedensten Art haben sich bei vielen Bewegungsstörungen gut bewährt und sollten möglichst oft herangezogen werden. Im übrigen eignen sich die meisten Formen der Gymnastik, Turnen und Sport dazu, die Disziplinierung zu fördern. Es ist nur notwendig, das Übungsschema dem einzelnen Fall anzupassen und nicht wahllos anzuordnen. Wenn die allgemeine Unruhe sehr groß ist, muß zunächst eine Ruhigstellung des Kindes erstrebt werden. Genaue Vorschriften über die Tageseinteilung, über Mittagsruhe, Beschäftigungsspiele etc. erleichtern den Angehörigen die Durchführung dieser Vorschrift. In schweren Fällen müssen, besonders zu Beginn der Behandlung, Beruhigungsmedikamente zur Unterstützung herangezogen werden.

Gute Dienste leistet, vor allem bei älteren Kindern, die Entspannungsbehandlung durch Ruheübungen. Je nach der Schwere des Falles können diese von kurzen Liegeübungen bis zu Hypnosezuständen abgestuft werden. Eine tiefere Hypnose habe ich nur in komplizierten Fällen herangezogen, und dann nur unter der Devise der Entspannung, nicht als zudeckende, autoritative Therapie.

Bei der Begrenzung des zur Verfügung stehenden Raumes war es nur möglich, einige für die Behandlung wesentliche Gesichtspunkte herauszuheben. Bezüglich

genauerer Angaben muß ich auf mein bei Julius Springer erschienenes Buch: „Kinderpsychotherapie in der Praxis" hinweisen. Meine Ausführungen verfolgten das Ziel, an Hand der motorischen Störungen die Notwendigkeit zu begründen, Psychotherapie nicht als isolierte Behandlung zu treiben, sondern diese mit den Methoden zu verbinden, die den Besonderheiten der kindlichen Entwicklung angepaßt sind.

Die psychoreflektorische Azetonurie der Kinder

Von

Prof. Dr. Paul Karger in Berlin

Die Grenzen erfolgreicher Psychotherapie scheinen auf den ersten Blick dort zu liegen, wo es sich um organische Leiden ohne psychische Überlagerung handelt. Wenn bei solchen Störungen psychische Behandlung Erfolge zeitigt, kann sie dies nach der allgemeinen Auffassung nur bis zu dem Anteil bewirken, der dem psychischen Gehalt des Leidens entspricht. Bewußtwerdendes Leiden ohne einen solchen Gehalt ist kaum denkbar, und so wird eine geschickte psychische Behandlung gerade bei den auf diesem Gebiet leicht reagierenden Kindern manches ausrichten können.

Aus dem Tierexperiment ist es bekannt, daß psychische Einflüsse Körperfunktionen mannigfacher Art verändern können; es braucht nur an die Pawlowschen Versuche erinnert zu werden, die zeigten, daß beim Hund die psychoreflektorische Magensaftsekretion und damit die Verdauung tiefgreifend beeinflußt wird, wenn dem Tier während des Fressens eine Katze gezeigt wird, es also einen psychischen Insult erleidet. Auf einem anderen Gebiet ergab sich, daß Laboratoriumsinfektionen mit erfahrungsgemäß nicht tödlichen Bakterienmengen beim Tier den Tod herbeiführen können, wenn man es während und nach der Injektion der Keime, z. B. durch laute Geräusche, erschreckt. Das scheint dafür zu sprechen, daß eine Umstellung im chemischen oder physikalisch-chemischen Aufbau des Organismus eintritt, und zwar in dem Sinn, daß Bedingungen geschaffen werden, die der Ansiedlung von Krankheitserregern günstig, bzw. der Produktion von Abwehrstoffen ungünstig sind. Wir können das auch in der Weise ausdrücken, daß durch mangelnde Psychotherapie offenbar recht eingreifende Stoffwechselstörungen erzeugt werden können, die bei zweckmäßiger psychischer Behandlung vermeidbar sind. Damit würde zum Ausdruck gebracht sein, daß die Grenzen der Psychotherapie nicht unbedingt diesseits organischer, dem Willen entzogener Stoffwechselkrankheiten zu liegen brauchen. So interessant die Ergebnisse dieser Tierversuche sind, so wenig lassen sie sich bei den angewandten extremen Versuchsanordnungen ohne weiteres auf den Menschen und speziell auf die Pathologie und Therapie des Kindes übertragen.

Es fehlt aber auch nicht an klinischen Beobachtungen, die in gleichem Sinn zu deuten sind. So sei erwähnt, daß sich bei nephritischen Kindern bei ständiger quantitativer Kontrolle der Albuminurie (nach Kjeldahl) zeigen läßt, daß Enttäuschungen, etwa das Ausbleiben der Angehörigen an Besuchstagen, recht erhebliche Eiweißsteigerungen im Harn zur Folge haben können. Es ist denkbar, daß auf diesem Mechanismus ein Teil der guten Erfolge beruht, die wir bei der

Nephritistherapie durch Verzicht auf die deprimierende Bettruhebehandlung erzielen konnten. Allerdings sind hierbei die Versuchsbedingungen nicht eindeutig, weil wir, bei unseren heutigen Kenntnissen, der Körperhaltung und -lage einen Einfluß auf die Eiweißausscheidung beimessen müssen (Jehle u. a.). Dieser geht sicher über das Maß dessen hinaus, was sich aus der alten Lehre von der orthotischen Albuminurie erwarten ließ. Weiterhin ist bei diesen Versuchen zu berücksichtigen, daß es sich um ein von vornherein schon krankes Organ handelte, dessen Funktionen durch psychotherapeutische Einflüsse nicht erst aus dem Gleichgewicht gebracht waren.

Zur Klärung dieser Fragen haben wir solche Stoffwechselvorgänge untersucht, die sich beim Kind auf geringere Reize hin einstellen als beim Erwachsenen, und die mit einfachen Methoden leicht zu kontrollieren sind. Wichtig war es auch, daß alle diese Untersuchungen ohne Wissen des Kindes durchzuführen waren.

Auf Grund klinischer Beobachtungen und einzelner Angaben in der Literatur befaßte ich mich mit der Frage der Azetonurie, die ich durch A. Wegner in einer Dissertation (Berlin 1932) behandeln ließ, wo auch die in der Fachpresse bisher vorliegenden Beobachtungen und Deutungsversuche zusammengestellt sind, auf die im folgenden nicht mehr ausdrücklich Bezug genommen werden wird. Es wurden nur qualitative Azetonbestimmungen angestellt, weil schon dabei so deutliche Ausschläge zu erhalten waren, daß auf kompliziertere quantitative Analysen verzichtet werden konnte.

Azeton tritt bei Kindern, abgesehen von Diabetes und schweren Ernährungs- und Stoffwechselstörungen, dann auf, wenn ein Hungerzustand besteht oder die Nahrung so zusammengesetzt ist, daß sie im Verhältnis zu Eiweiß und Fett sehr wenig Kohlehydrate enthält, was z. B. bei der Behandlung der Epilepsie mit der sogenannten ketogenen Kost erreicht werden kann. Diese Ketonausscheidung tritt bei Kindern sehr viel schneller auf als beim Erwachsenen. Ferner gibt es — nur im Kindesalter — ein Krankheitsbild, das durch zyklisch wiederkehrendes Erbrechen mit Azetonurie gekennzeichnet ist, wobei anscheinend meist die Azetonurie dem Erbrechen vorangeht, also nicht die Folge eines relativen Hungerzustandes sein kann. Über die Pathogenese dieser Symptome ist noch nichts Sicheres bekannt, es scheint sich um eine Reaktion auf einen infektiösen oder andersartigen Reiz bei Kindern mit labilem Nervensystem zu handeln, doch läßt sich die Art der Labilität und des Reizes zur Zeit nicht genau definieren.

Angeregt durch verschiedene Mitteilungen aus chirurgischen Kliniken über die sogenannte postoperative Azetonurie, besonders aber durch eine Veröffentlichung von Hallermann, stellten wir Untersuchungen über eine etwa psychoreflektorisch auszulösende Azetonausscheidung an. Es zeigte sich nämlich nach den Angaben der Chirurgen, daß diese Ketonurie weder die Folge einer Narkoseschädigung noch eines Gewebszerfalls, noch eines Hungerzustandes sein konnte, weil sie bei 80% der untersuchten Kinder nach unblutigen Eingriffen, auch nach einfachen Gipsverbänden und Untersuchungen, auftrat. Schon Hallermann bemerkte, daß eine Abhängigkeit von der Erregung vorzuliegen schien, und daß die Ketonurie gerade bei temperamentvollen, neuropathischen Kindern am ehesten zu erwarten war.

Wegner stellte durch wochenlang täglich durchgeführte Untersuchungen an

Kindern eines Kinderheims fest, daß weder unter physiologischen Verhältnissen noch bei Gelegenheit von Anginen und anderen interkurrenten Erkrankungen im Harn der Kinder mit der üblichen Nitroprussidnatrium-Probe Azeton nachzuweisen war.

Der nächste Schritt zur Klärung dieser Vorgänge bestand darin, daß alle Kinder, die auf meine damalige Station in der Charité-Kinderklinik aufgenommen wurden, auf Ketonurie untersucht wurden. Es handelte sich um die Altersklassen von 4—12 Jahren. Ein Teil wies schon beim Eintreffen Azeton auf, bei einem anderen trat dieser Befund erst nach einigen Stunden in Erscheinung, immer aber fehlte irgendeine Beziehung zu der Art des Leidens, dessentwegen die Einweisung ins Krankenhaus erfolgte. Ausgeschaltet wurden natürlich die Kinder, bei denen für die Azetonurie eine der bisher bekannten Erklärungen vorlag.

Die Azetonurie wurde niemals bei solchen Kindern gefunden, die sich über die Aufnahme in die Klinik nicht aufregten. Diejenigen Kinder, bei denen die Azetonurie bereits bei der ersten Untersuchung bestand, hatten schon in der Poliklinik, beim Warten im Bureau während der Aufnahmeformalitäten oder auf dem Weg ins Krankenhaus mehr oder minder heftige Aufregungssymptome gezeigt, die sich aber keineswegs immer in Weinen oder Schreien äußerten. Die Intensität der Azetonreaktion und ihre Dauer zeigten deutliche Beziehungen zum Grad und zur Dauer der psychischen Erregung der Kinder. Patienten, die sich schwer eingewöhnten, verloren sie erst nach 24—48 Stunden, obwohl sie Nahrung aufnahmen, und obwohl die Kost im weiteren Verfolg unserer Versuche so zusammengestellt war, daß sie antiketogen wirken mußte, u. a. viel Kohlehydrate und besonders reichlich Traubenzucker enthielt. Im allgemeinen pflegten sich die Kinder schnell einzugewöhnen und verloren nach einem halben Tag bereits die Ketonurie, sodaß der Azetongehalt des Harns von einer Urinportion zur nächsten meist deutlich abnahm.

Wir benutzten dann eine Gelegenheit, die an sich höchst unerwünschte Angst vor Operationen im Rahmen unserer Fragestellung zu studieren. Infolge damals bestehender räumlicher Mängel wurden in einer öffentlichen rhinologischen Poliklinik die Kinder vor Adenotomien und Tonsillotomien erheblichen seelischen Insulten ausgesetzt. Sie mußten in einem überfüllten Vorraum vor dem Operationszimmer warten, hörten durch die nicht schalldichten Wände das Schreien ihrer Leidensgenossen und sahen diese nach dem Eingriff wieder durch das Wartezimmer kommen, womöglich mit blutender Nase oder blutigen Taschentüchern. Solche vom psychotherapeutischen Gesichtspunkt höchst fehlerhaften Organisationen des ärztlichen Betriebes findet man leider noch immer an manchen privaten und öffentlichen Stellen, ohne daß ihnen die gebührende Beachtung geschenkt wird.

Bei diesen Kindern wurde also beim Eintreffen in der Klinik, kurz vor und dann wiederholt nach dem Eingriff der Urin auf Azeton untersucht. Von 80 untersuchten Kindern wiesen nach Wegner 50 einen positiven Befund auf, da-

von 12 bereits vor der Operation, nämlich, sobald die obengenannten Bedingungen auf sie einwirkten. Die Angaben anderer Autoren besagen, daß 16% der Kinder vor der Operation, 42% nachher, in einer orthopädischen Anstalt sogar 80% Azeton ausschieden. Die Verschiedenheit dieser Zahlen läßt sich bei unserer Auffassung von der psychoreflektorischen Entstehung der Ketonurie zwanglos erklären. Einmal wird die Zahl der disponierten empfindlichen und ängstlichen Kinder überhaupt schwanken; dann muß berücksichtigt werden, daß einem Teil der Kinder wohl das Verständnis für die augenblickliche Situation und die Kenntnis dessen, was sie zu erwarten hatten, mehr oder minder fehlte, und so ist es kein Zufall, daß die höchsten angegebenen Zahlen aus einer orthopädischen Klinik stammen, in der ja am gleichen Kind wiederholte Eingriffe vorgenommen werden müssen, sodaß ein höherer Prozentsatz der Patienten die Vorbereitungen zu Narkose, Gipsverband etc. aus der Erfahrung heraus zu werten weiß.

Die Dauer der Azetonurie ging eindeutig parallel mit der Heftigkeit der Aufregung. Die Kinder, die sich schon dem Verbringen in die Klinik widersetzten, wiesen bereits vor dem Eingriff Azeton auf. Es konnte gezeigt werden, daß diese doch recht eingreifende Stoffwechselstörung sich innerhalb einer halben Stunde entwickeln konnte. Bei 6 Kindern war auch die Eisenchloridprobe positiv, was nach unseren Beobachtungen die Reaktion auf einen besonders starken psychischen Schock ausdrückte, denn bei diesem Kindertyp bestand die Ketonurie noch bis zu 3 Tagen nach der Operation fort, während sie bei den anderen schon am nächsten Tag zu verschwinden pflegte. Zucker wurde niemals gefunden.

Um die Schwere der Störung ins rechte Licht zu setzen, mag darauf hingewiesen werden, daß die Hunger-Azetonurie der älteren Kinder nach Fütterung mit 1—2 Zwiebäcken oder durch das Trinken einer zuckerhaltigen Limonade mit einem Schlag verschwindet. In den von uns hier geschilderten Fällen war die Ketonurie durch vorangehende oder folgende reichliche Kohlehydratzufuhr weder zu verhindern, noch zu beseitigen. Es zeigen sich hier vielleicht Beziehungen zum azetonurischen Erbrechen, auf die aber im Rahmen dieser Betrachtungen nicht eingegangen werden kann.

Weiterhin können unsere Ergebnisse wohl einiges Licht auf die Frage der postoperativen Ketonurie werfen. Diese scheint in einem Zusammenhang mit der Dauer und der Stärke des Exzitationsstadiums bei der Narkose zu stehen, das ja nicht bewußt zu werden pflegt, oder einer weitgehenden Amnesie anheimfällt. Psychoreflektorische Symptome würden demnach auch künstlich durch Nervengifte erzeugt werden können. Sie waren besonders häufig nach Chloroformnarkosen, bei denen die initiale Exzitation stärker zu sein pflegte als bei der heutigen wohl ausschließlichen Anwendung des Äthers zu Kindernarkosen.

Es sei noch erwähnt, daß bei psychotherapeutisch zweckmäßiger Vorbereitung auf die Klinikaufnahme oder auf Eingriffe niemals

bisher eine Azetonurie auftrat. Dies war dagegen in besonders starkem Maß dann der Fall, wenn die Eltern den Kindern vorher alle etwaigen unangenehmen Folgen verschwiegen hatten, diese also die Kinder ganz unvorbereitet trafen. Einige andere Probleme, die vielleicht mit der psychoreflektorischen Azetonurie zusamenhängen, kann ich nur andeuten, weil es mir seit einigen Jahren mangels klinischer Betätigung nicht möglich war, diesen Dingen weiter nachzugehen. So fiel es mir auf, daß eine freudige Erregung, etwa vor oder nach der Weihnachstbescherung, keine solche Stoffwechselwirkung zu haben schien. Lohnend würde es auch sein, das morgendliche Erbrechen der Schulkinder unter diesen Gesichtspunkten zu untersuchen, wobei sich möglicherweise Beziehungen zum azetonämischen Erbrechen herausstellen könnten. Endlich wäre der praktisch wichtigen Frage nachzugehen, inwieweit die Azetonurie ungünstige Einwirkungen auf den Heilverlauf nach Operationen erkennen läßt.

Ein scheinbar dem Interesse der Psychotherapeuten so fernliegendes Geschehen im Körperhaushalt wie die Azetonurie bietet somit vielleicht Anlaß, Indikationen und Grenzen dieses Gebietes herauszuschieben und damit Möglichkeiten, Heilerfolge auf einigen Grenzgebieten zu verbessern, wenn erkannte Schäden vermieden werden können.

PROPHYLAXE, ERZIEHUNG, BERATUNG

Prophylaxe des Inzestes

Von Dr. Wilhelm Stekel in Wien

Wiederholt habe ich darauf aufmerksam gemacht, daß die Kinder nicht das Schlafzimmer der Eltern teilen sollen. Oft hörte ich den Einwand: „Was sollen in der Zeit der schrecklichen Wohnungsnot die armen Leute machen, die oft zu vieren, fünfen und darüber hinaus ein Zimmer teilen müssen?"

Die Wohnungsnot hat für die Armen schon vor dem Krieg bestanden. Alle Großstädte (nicht nur London) haben ihre „slums", elende Behausungen, wo dichtgedrängt Erwachsene und Kinder beisammen schlafen und die Kinder schon frühzeitig das Geschlechtsleben und seine Schattenseiten kennen lernen. Auf dem Kongreß für Sexualreform in Wien machte Tandler darauf aufmerksam, daß von den Kindern, die in das Geschlechtskrankenkinderspital der Stadt Wien aufgenommen werden mußten, 34 Prozent, also mehr als ein Drittel, von den verwandten Wohnungsgenossen, also von Eltern, Geschwistern und nur in den seltensten Fällen von anderen Mitbewohnern angesteckt worden waren.

Doch zahllos sind die Verwicklungen, die die Wohnungsnot nach dem Krieg verursachte. Häufig kommt es vor, daß das junge Ehepaar in die Wohnung der Eltern ziehen muß, natürlich in eine Elendswohnung und seine Liebesfeste häufig sogar in Gegenwart der Eltern feiern muß. Man kann sich lebhaft vorstellen, welchen Gefahren die Kinder ausgesetzt sind, wenn sie in diesem Milieu aufwachsen. Sie teilen die Betten der Eltern und werden dann Opfer eines überreizten Geschlechts-

triebes. Viktor Noak hat in einem tapferen Buch „Das soziale Sexualverbrechen" (Wohnungsnot und Geschlechtsnot. Verl. Julius Püttmann, Stuttgart) grauenhafte Beispiele aus dem wirklichen Leben geliefert. Dabei ist zu berücksichtigen, daß kaum ein Tausendstel der Fälle vor den Richter kommen. Noak weist eben auf die erschütternde Tatsache hin, daß der Inzest in diesen Wohnungen schon fast zur Alltäglichkeit geworden ist und nur bekannt wird, wenn eine Geschlechtskrankheit oder eine gehässige Nachbarin diese Beziehungen publik macht.

Die Fälle, die Noak aus einem reichen Aktenmaterial der sozialen Gerichtshilfe, des Jugendamtes und anderer Berliner Organisationen und Behörden ausgewählt hat, sollen nur als das Belegmaterial für die „alltäglichen Geschehnisse" zu uns sprechen, die unter den Verhältnissen des Elends und der Wohnungsnot, die Erwachsene und Kinder geschlechtlich verdirbt, gar nicht mehr als Besonderheiten empfunden werden. „Alltäglich" sollen Zustände sein, wie z. B. diese: „Die Eltern wohnten in einem Raum, der nur für zwei Betten Platz bot, in deren einem der Sohn schlief; so gab es keine andere Möglichkeit, als die fünfzehnjährige Lotte zwischen Vater und Mutter in das zweite Bett zu legen." Oder der „Tatbestand": „Blutschande, verübt durch den . . . an sich wohl schon triebhaft überreizten, in seiner seelischen Widerstandskraft durch das Elend zermürbten Vater."

Ein anderer Fall: Familie H. besteht aus zwölf Personen. Acht Erwachsene und ein Schulkind, ein Kleinkind und zwei Säuglinge bewohnen Stube und Küche. Die verheiratete Tochter schläft mit Mann und Säugling auf dem dunklen Korridor. Die Eltern, zwei erwachsene Söhne, zwei erwachsene Töchter, das Schulkind, das Kleinkind und ein Säugling schlafen im einzigen Zimmer. Der Vater, der schon in den früheren Jahren immer sehr lange arbeitslos war und seit zwei Jahren überhaupt nicht mehr arbeitet, kümmert sich nicht mehr um Arbeit, „weil ja alles keinen Zweck mehr hat". Erwähnen wir von den weiteren Verhältnissen dieser Familie nur, daß jede der drei Töchter ein uneheliches Kind aufziehen muß und daß an einer zehnjährigen Tochter ein Sittlichkeitsvergehen verübt wurde, was die Eltern vollkommen gleichgültig hinnahmen.

Noak führt noch eine Reihe anderer Fälle aus den Akten an. Immer das gleiche erschütternde Bild. Ein Werkmeister, der sich an seiner zehnjährigen Stieftochter vergreift; die Mutter, die mit ihrem Geliebten in einem Bett schläft, die Kinder im gleichen Raum werden Opfer des Geliebten; Erwachsene verrichten ihre Notdurft vor einander, die kleinen Kinder sehen zu; eine Frau entbindet in Gegenwart ihrer drei Kinder; das jüngste zweijährige ist noch an der Brust. „Beim Versuch, das Kind von der Brust zu nehmen, brüllt es derart, daß nichts anderes übrig bleibt, als es weiter saugen zu lassen. So geht die Entbindung vor sich. Das sechsjährige Mädchen steht aufrecht im Bett und beobachtet die Entbindung." Ein Jüngling von 18 Jahren schläft mit der achtzigjährigen Großmutter.

Fragen wir uns nun, wie es in den oberen Schichten aussieht, wo kein Zwang besteht, einen Raum zu teilen und die Kinder ins Bett zu nehmen. Darüber weiß ich aus eigener Erfahrung Missetaten zu berichten, die um so schwerer zu werten sind, als sie nicht Folgen der sexuellen oder materiellen Not sind. Inzest zwischen Vater und Tochter kommt auch in den sogenannten „besten Familien" vor. Auch zwischen Mutter und Sohn, am häufigsten zwischen Geschwistern. Das Traurige an diesen Inzestverhältnissen ist, daß sie die Beteiligten, besonders die Kinder, für das künftige Liebesleben untauglich und daher unglücklich machen.

Ich greife aus der Fülle meiner Erfahrungen einige heraus, die als Warnung dienen sollen. Ich beginne mit dem Fall der 22 jährigen Erna.

Erna ist schwächlich gebaut, zeigt jenen grazilen Typus, der jetzt modern ist, trägt, ihrem Reichtum entsprechend, auffallende Toiletten, ist geschminkt und gepudert, parfümiert, bemüht sich einen leichten, fast frivolen Ton anzuschlagen. Sie kommt in Behandlung, weil sie einen Mann „wahnsinnig" liebt, aber trotz dieser Liebe bei ihm nicht empfindet. Es ist nicht ihre einzige Beschwerde. Sie errötet leicht in Gesellschaft, meidet sie daher so weit es möglich ist. Sie kann es nicht ertragen, wenn man ihr beim Essen zusieht. Sie hat eine jüngere Schwester, auf die sie ein wenig mit Verachtung herabsieht. Sie sei eine unerfahrene dumme Gans. Ihre Mutter hat wenig Zeit für die Tochter, denn sie ist in allerlei soziale Verpflichtungen verstrickt, hat eine Menge Freundinnen, spielt viel Bridge und geht fleißig ins Theater. Der Vater ist ein erfolgreicher Geschäftsmann, sehr viel auf Reisen, immer elegant, ein Lebemann. Sie spricht fast nie mit ihm, sie fühlt sich in seiner Gesellschaft gehemmt, sie hat ihm von ihrer Verlobung noch gar keine Mitteilung gemacht.

In diesem Ton ging es einige Sitzungen weiter, bis Erna zu mir Vertrauen gefaßt und mir eine gründliche Beichte abgelegt hat.

Sie war 8 Jahre alt und schlief noch immer im Bett zwischen den Eltern, obwohl die Wohnung sieben Räume umfaßte. Sie war es so von Kindheit an gewohnt und wollte auf diese geschützte Position unter keinen Umständen verzichten. Da sie ein zartes Kind war und man für ihre Gesundheit zitterte, ließ man nach einigen schüchternen Versuchen davon ab, sie in das Kinderzimmer zu legen.

Eines Nachts fühlte sie, wie sich der Vater an sie schmiegte und sie so leidenschaftlich an sich drückte, daß sie laut aufschrie. Sie ließ es zunächst ruhig gewähren, nur als er ihr Schmerzen bereitete, schrie sie auf. Die Mutter erwachte und es gab eine lebhafte Auseinandersetzung zwischen den Eltern in einer Sprache, die sie nicht verstand. Man kann sich vorstellen, wie die Phantasie des Kindes durch diesen Vorfall erregt wurde. Sie war nach wie vor zärtlich zu ihrem Vater, ja sie erwartete eigentlich eine Wiederholung der Szene. Aber nach einigen Monaten kam sie in das Kinderzimmer, diesmal trotz ihres lebhaften Protestes. Zu dieser Zeit war sie schon sexuell aufgeklärt. Bücher standen ihr genügend zur Verfügung und eine zum Teil pornographische Bibliothek ihres Vaters machte sie mit allen Phasen des Sexuallebens vertraut.

Mit 13 Jahren knüpfte sie die ersten Beziehungen mit einem Angestellten ihres Vaters an. Da er es nicht wagte, sie in seine Wohnung oder ein Hotel zu führen, spielte sich das Liebesleben in Gärten, Stiegenhäusern etc. ab. Mit 16 Jahren blickte sie schon auf mehrere Erfahrungen zurück. Sie kannte nie eine Reaktion der Scham, was Sexualität und Männer betraf; das Erlebnis mit dem Vater hatte ihr Schamgefühl in sexueller Hinsicht ertötet. In Gesellschaft war sie aber scheu. Sie schämte sich in Gegenwart des Vaters zu essen, weil das Essen für sie ein symbolischer Ersatz für die Triebhaftigkeit war; sie errötete in Gesellschaft, wenn die Rede auf den Vater kam. Sie schämte sich auch vor ihrem Vater, der nie in ihr Zimmer kommen durfte, wenn sie sich umkleidete. Sie weigerte sich, mit der Familie in ein Seebad zu fahren, weil der Vater sie im Schwimmkostüm sehen könnte. Vor andern Männern war sie im Gespräch und im Benehmen schamlos. Sie ließ sich von einem Vetter in verschiedenen Positionen nackt photographieren. Sie gab sich wahllos jedem Mann hin, der ihr gefiel. Dabei stellte sich nie ein volles Lustgefühl ein. Dies war an die Szene mit dem Vater gebunden, die sie in ihren Onaniephantasien bis zum Abschluß ergänzte. Ihre Leidenschaft bildeten athletische Män-

ner, mit einem großen Phallus. Sie wollte das Gefühl haben, ganz ausgefüllt zu sein. In der Analyse zeigte sich, daß ihr ganzes Sehnen nach dem Vater ging. Ihre Liebeserlebnisse waren vorbereitende Akte, die sie erweitern und dem Vater den Verkehr ermöglichen sollten, von dem er seinerzeit abstehen mußte, da sie noch zu eng gebaut war.

Ihre leidenschaftliche Liebe zu dem jungen Mann erwies sich als eine Trotzliebe, weil sie in Erfahrung gebracht hatte, daß der Vater eine Geliebte hatte. Die Heirat kam glücklicherweise nicht zustande; sie scheiterte am Widerstand ihres Vaters. Es wäre eine unglückliche Ehe geworden. Erna wird wahrscheinlich das leichsinnige Leben weiterführen. Traurige Aussichten! Das alles hat der Vater auf dem Gewissen. Nie wäre es zu diesem Attentat gekommen, wenn das Kind nicht im Bett der Eltern gelegen wäre. Bei Tag kann der Mensch doch stärkere Widerstände entwickeln!

Doch ich kenne auch Fälle, in denen sich Vorfälle ähnlicher Natur bei vollem Bewußtsein abgespielt haben. Was soll man von einem Arzt sagen, der sein 7 jähriges Töchterchen gelehrt hat, mit seinem Genitale bis zur Ejakulation zu spielen? Was von einer Mutter, die vor ihrem Stiefsohn so lange nackt Gymnastik betreibt, bis sie ihn zum Verkehr gebracht hat? Ich kenne Fälle, in denen die Stiefmutter ihren Stiefsohn verführt hat, was den Selbstmord des verzweifelten Stiefsohnes zur Folge hatte.

Man hüte sich vor allem vor dem Zusammenschlafen. Ein 16 j. Mädchen, dessen Mutter ein zweites Mal geheiratet hatte, soll mit ihrem Stiefvater in einem Bett schlafen, weil Gäste gekommen sind. Die Mutter hätte natürlich mit ihrem Mann in einem Bett schlafen können. Der Mann verkehrte mit seiner Stieftochter, die nicht zu schreien wagte, weil Gäste im Hause waren. Sie bleibt ewig an diesen Mann gebunden und verliert die Empfindung für alle anderen Männer. Eine Ehe endet mit Scheidung.

Wiederholt muß ich hören, daß erwachsene Söhne mit ihren Müttern oder Stiefmüttern in einem Bett schlafen. In solchen Fällen kommt es zum Verkehr quasi in einem Traumzustand. Man glaubt, daß man geträumt hat, während man es im Schlaf wirklich erlebt hat.

Ein ähnlicher Fall kam in meine Behandlung. Ein 18 j. Junge, der mit seiner Stiefmutter seit dem 10. Lj. in einem Bett schlief. Die Stiefmutter brachte ihn zu mir, weil er in seinen Studien vollkommen versagte. Sie erzählte mir, daß er sie einmal im Traum beschlafen habe und daß sie sich schlafend gestellt habe, um ihn nicht zu erwecken, da es ein fürchterlicher Schock für ihn gewesen wäre! In der Analyse aber beichtete der Junge, daß der Verkehr schon seit Monaten stattfinde. Wußte die Stiefmutter denn nicht, daß der Junge seinen Vater vergötterte und daß er an diesem Konflikt zugrundegehen werde? Ich verlangte sofortige Trennung der Liebenden. Der zufällig anwesende Vater, der sonst im Ausland lebte, kam zu mir und wollte die Motive der vorgeschlagenen Trennung wissen. Ich meinte, er würde in Gesellschaft der Mutter verweichlicht und könne kein richtiger Mann werden. Das war nicht genügend, um den Vater zu überzeugen. Es zeigte sich, daß sowohl die Mutter, als ihr Stiefsohn sich der Trennung widersetzten.

Nach einigen Jahren endete der hoffnungsvolle junge Mensch mit Selbstmord.

Auch das Zusammenschlafen der Männer ist nach Möglichkeit zu vermeiden. Es kommt leider gar nicht selten zu homosexuellen Szenen. Einzig in meiner Erinnerung steht der Fall des Arztes Dr. X. Mit 10 Jahren verliert er den Vater. Die

Mutter heiratet nach zwei Jahren. Mit 14 Jahren kommt er auf Ferien nach Hause und da Platzmangel ist, schläft er mit seinem Stiefvater in einem Bett. Der 45 jährige Mann verführt den Jungen und es kommt in einigen Nächten zu mehreren Akten. In der späteren Parapathie des Verführten bildet dieses Erlebnis den Kristallisationspunkt.

Ich komme zu den traurigsten Begebenheiten. Es handelt sich um homosexuellen Inzestverkehr zwischen Väter und Söhnen. In den drei mir bekannten Fällen spielte sich das Erlebnis immer in gleicher Weise ab. Entweder der Vater ließ sich scheiden, oder die Mutter starb, jedenfalls kam der Sohn in das Bett der Mutter und später in das Bett des Vaters. Oft wurden die sexuellen Handlungen im Schlaf oder im Halbschlaf begangen.

Ich möchte nur einen dieser Fälle anführen. Es handelt sich um einen 36 j. kräftigen Mann, der noch nie mit einer Frau verkehrt hat, den nur Kinder interessieren. Er hat den Drang, sie zu verbotenen Handlungen zu verleiten, was er infolge seiner religiösen und ethischen Hemmungen nie ausgeführt hat. Sein Vater trennte sich von seiner Mutter, als Pat. 6 Jahre alt war. Von dieser Zeit bis zum 18 Lj. hat er das Bett des Vaters geteilt. Er machte wohl schüchterne Versuche, sich Mädchen zu nähern, aber eine innere Scheu hielt ihn davon ab. Später ergab sich oft eine Gelegenheit zum Verkehr, aber er wich immer aus. Er half sich mit Onanie mit der bereits berichteten Phantasie. Es stellte sich heraus, daß er mit Kindern die gleiche Szene spielen will, wie er sie mit seinem Vater erlebt hat. Er versuchte Heilung durch längere Trennung von seinem Vater. Er wanderte nach Amerika aus, fand daselbst eine gute Stellung. Er hielt es nur zwei Jahre aus, dann trieb ihn die Sehnsucht nach Haus. In seinem Vaterhaus schlief er diesmal in einem eigenen Raum. Aber die ganzen drei Wochen ging er in einem Traumzustand um, immer mit dem Gefühl, als sei er nicht im gegenwärtigen Leben, sondern mache eine Phase eines anderen Lebens durch, das viele Jahrhunderte zurückgelegen war. Das war natürlich nur eine Rationalisierung der Tatsache, daß er Szenen seiner Kindheit in Wachträumen wieder durchlebte, die seinem Bewußtsein scheinbar entschwunden waren.

In der analytischen Behandlung trat die Wahrheit zutage. Er wehrte sich erst gegen die Erkenntnis und nahm sie schließlich an. Aber er entschwand meinem Gesichtskreis und ich kann nicht sagen, ob er das Trauma seiner Kindheit überwunden hat oder ob er das geblieben ist, was ihn vom wirklichen Leben trennt: Ein ewiges Kind!

Die Ärzte sollten darüber wachen, daß der Unfug des Zusammenschlafens von frühester Jugend an abgestellt werde. Verhüten ist immer leichter als Heilen. Und die Heilung dieser Fälle scheint mir ein unlösliches Problem zu sein. In vielen Fällen scheitert die psychopädagogische Behandlung eines nervösen Kindes nur, weil das Kind um das Trauma weiß und es um keinen Preis eingestehen will. Solche Kinder versagen in der Behandlung vollkommen, weil sie nichts zu erzählen wissen und sich auf jede mögliche Weise der Beeinflussung entziehen möchten.

Ich mache besonders auf ein Symptom aufmerksam, das uns die Diagnose eines infantilen Traumas ermöglicht oder wahrscheinlich macht. Wenn ein Kind *plötzlich* sein Benehmen ändert, in der Schule *plötzlich* versagt, während es vorher sehr gute Fortschritte gemacht hat, wenn es vorher heiter und

lebensfroh war, nun ernst und nachdenklich wird, so können wir annehmen, daß das Kind ein seelisches Trauma durchgemacht hat.

Und welche seelische Erschütterung wäre verhängnisvoller als die Erschütterung des Autoritäts-Komplexes? Wie viele schwere Zwangskrankheiten lassen sich auf solche infantile Traumen zurückführen, wie ich sie in diesem Aufsatz geschildert habe!

Die angeführten Tatsachen mögen für sich selbst sprechen und den Psychotherapeuten und Pädagogen vor Augen führen, daß es ihre Pflicht ist, diesen Übelständen rechtzeitig vorzubeugen.

Der Kinderarzt als Erziehungsberater

Von Privatdozent Dr. Josef K. Friedjung in Wien

In zwei Formen tritt die Aufgabe der Erziehungsberatung an den Kinderarzt heran. Zunächst in der einer sozusagen alltäglichen zusätzlichen Leistung.

Da werde ich etwa zu Grete T., dem neugeborenen zweiten Kind eines Kollegen (am 13. Tage post partum) gerufen. Daneben macht sich der 5 j. Walter beflissen bemerkbar: er wirft die Gewichte von der Säuglingswaage einzeln unter das Bett der Mutter. Sein Gesichtsausdruck und die Handlung an sich verrät mir seine aggressive Haltung gegen das Neugeborene; ich mache nach der Erledigung meiner nächsten säuglingsärztlichen Aufgabe die Eltern auf die schwierige seelische Lage Walters aufmerksam und gebe einige Winke. Vier Tage später tritt der Knabe bei meinem Kommen eine Gummipumpe affektvoll mit den Füßen, die Mutter berichtet mir spontan, sie könne ihn mit dem Baby nicht allein lassen: so angriffslustig benehme er sich gegen es. Und ich muß sie neuerdings erzieherisch beraten.

Ein 4 j. Knabe, das einzige Kind eines höheren Staatsbeamten, wird mir aus der Provinz zugeführt. Ich soll entscheiden, ob die vom Arzt empfohlene Mandeloperation wirklich notwendig sei. Beim Eintreten fällt mir an Ludwig sofort der mädchenhafte Bubikopf auf, ich höre, er sei ein schlechter Esser, oft ungebärdig, jähzornig und werde darum vom Vater öfters geschlagen; er teilt das Schlafzimmer der Mutter, wiewohl die Wohnung reichlich Raum bietet, wird von ihr morgens ins Bett genommen. Die Ehe der Eltern ist offenbar wenig harmonisch. Der Knabe wehrt sich vor der Untersuchung gegen die Entkleidung, wird aggressiv gegen Mutter und Arzt. Die Untersuchung ergibt, daß zu einer Operation kein zwingender Anlaß besteht. Aber offensichtlich ist hier eine eingehende Erziehungsberatung dringend geboten.

Neben diesen erzieherischen Ratschlägen aus der Situation heraus ist dem Kinderarzt aber eine völlig neue Aufgabe erwachsen: Er wird aufgesucht, weil die häuslichen Erzieher mit ihrem Latein zu Ende sind, öfters auf Wunsch von Lehrpersonen, die an dem Kind ein auffälliges, störendes Verhalten feststellten, gelegentlich auch, weil der Halbwüchsige sich in eine Berufslehre nicht schicken will. Oft wird die Frage der häuslichen Erzieher dahin zusammengefaßt, ob das Kind schlimm oder krank sei. Wir wollen an eine Beratung dieser Art anknüpfen:

Johanna K., 11 j. einziges Kind einer hübschen Frau des Mittelstandes. Sie macht der Erziehung große Schwierigkeiten. Vor kurzem bemerkte die Mutter, daß sie

onaniere. Eine Tante, die ältere Schwester der Mutter, die im Hause lebt, machte ihr darum Angst, und das war der letzte Anlaß ihres Kommens. Das Kind hat nur vor dem Vater „Respekt", nicht vor der Mutter. Es gehorcht ihr nicht, will morgens nicht aus dem Bett, kommt daher öfters zu spät zur Schule. Sie will nicht lernen, weil sie „ohnedies in das Geschäft des Vaters eintreten werde". Sie schließt sich an schlechte Gesellschaft an, unterhält sich gerne über „geschlechtliche Dinge" und spricht darüber in gemeiner Weise. Sie beschimpft die Mutter oft, besonders gerne leise (die Mutter leidet an Otosklerose). Auch gegen eine Erzieherin ist sie ungebärdig, kann aber sonst auch sehr liebenswürdig sein. Der Vater hat sie öfter geschlagen, die Mutter angeblich vor 1 Woche zum erstenmal. Das Kind schlug zurück; eine halbe Stunde nach dieser Szene kommt sie zur Mutter und versetzt ihr einen Stoß. Sie macht der Mutter Vorwürfe, weil sie zu knapp gehalten werde; beim Vater gehe es ihr viel besser. Wenn die Mutter mit ihr schreiend zankt, sagt sie: „Hau' mich, aber schrei' nicht mit mir."

Ich erfahre weiter: Die Mutter ist 39, der Vater 37 Jahre alt. Die Ehe ist nicht geschieden, aber der Vater lebt als wohlhabender Kaufmann allein in einer Provinzstadt. Die Mutter war Bühnenkünstlerin, es kam zu einer Liebesheirat, doch bald begann der Mann die Frau aus Eifersucht zu brutalisieren. Sie verließ ihn nach 5 jähriger Ehe, kehrte angeblich auf seine Bitten nach 1½ Jahren zurück, blieb ein Jahr und übersiedelte dann endgültig nach Wien. Sie erhält zur Erhaltung des Mädchens einen sehr bescheidenen Betrag, von dem auch sie leben muß, da sie schon wegen ihrer zunehmenden Taubheit ohne Beruf ist. Von einer großen Wohnung, in der auch Großmutter und Tante — beide an noch stärkerer Schwerhörigkeit erkrankt — leben, benützt sie nur Zimmer und Küche. Schläft mit dem Kind in einem Bett. Wenn die Mutter abends ausgeht, übernachtet dort eine Erzieherin in einem aufgeschlagenen Bett. — Johanna ist zunächst sehr ängstlich, fragt, ob sie nicht operiert würde. (Vor einigen Monaten wurde sie unter Täuschungen einer Mandeloperation zugeführt.) Auch diesmal wurde ihr vorgelogen, sie werde wegen eines Ferienaufenthalts zu mir gebracht. Doch wird sie bald zutraulich. Körperlich gesund. Bei einer Aussprache ohne Zeugen erzählt sie, sie habe keine Freundin. Ihre frühere Klassenlehrerin sei sehr lieb gewesen; nun wurde sie versetzt. Ihre Nachfolgerin sei streng, nicht beliebt. Vater und Mutter habe sie gleich gerne, aber in Wien gefalle es ihr nicht. In einer Großstadt sei es nicht schön, sie möchte lieber mit der Mutter in einem kleineren Ort leben. Ich möge die Mutter bitten, sie solle nicht so streng sein: sie erlaube ihr nicht, im Hof zu spielen, auch nicht aufs Eis zu gehen; Mutter ist oft nervös, hört nicht, was man ihr sagt, stimmt gelegentlich mißverstehend zu und dann gibt es Verdruß. Die anderen zwei verwandten Frauen hören noch schlechter. Und mit den Hausbesorgerkindern dürfe sie nicht verkehren.

Wir haben hier das Schicksal eines „umkämpften" einzigen Kindes vor uns, das mannigfachen Schäden preisgegeben ist. Wenn sie in der Sommerszeit beim Vater lebt, ist sie von Wohlstand umgeben, bei der Mutter sind die Verhältnisse sehr eng. An sich ist das einzige Töchterchen einer „Witwe" schon der warmen Ödipus-Anlehnung an den Vater verlustig, hier sieht aber das Kind in der Mutter überdies die Nutznießerin der Rente, die der Vater doch ihr ausgesetzt hat. Die Mutter ist aber zum Überfluß schwerhörig, darum mißtrauisch, reizbar; Tante und Großmutter überbieten sie darin noch. Beim Vater, einem eleganten Herrn, hat sie alle Freiheit, mancher Wunsch wird ihr erfüllt. In Wien darf sie nicht aufs Eis gehen, weil es an den geeigneten Schuhen fehlt, sie darf den Hof nicht zum Spielen aufsuchen, denn dort trifft sie die proletarischen Kinder des Hausbesorgers. In die

Schule lockt es sie nicht: die geliebte Lehrerin wurde von einer andern, wenig gewinnenden abgelöst. Ließen uns die Mitteilungen der Mutter eine beginnende Verwahrlosung annehmen, so zeigt die Aussprache mit dem Kind doch eine günstigere Lage.

Es wird der Mutter das Verhalten des Kindes zunächst verständlich gemacht. Es muß versucht werden, den schwer tragbaren Unterschied im Haus des Vaters und der Mutter einigermaßen zu beseitigen. Für die Mutter gibt es keinen zwingenden Grund, in Wien zu leben. Ein weiterer Rat wird also sein, sich in einem kleineren Ort anzusiedeln. Damit wird das Mädchen des dauernden schwierigen Verkehrs mit den zwei verwandten schwerhörigen Frauen überhoben, wird leichter den Anschluß an andere Kinder gewinnen. Am zweckmäßigsten wäre wohl seine Unterbringung in einem gemütswarmen Heim, entrückt dem Streit der Eltern. Jedenfalls wird hier eine mehrmalige Aussprache und Beratung mit Mutter und Kind notwendig sein. Schon der zweite Besuch zeigt eine merkbare Erleichterung der gespannten Beziehungen.

Alle diese Überlegungen und manche andere, die den Rahmen dieser Darlegung überschritten, ergeben sich daraus, daß eine geängstigte Mutter wegen der an sich wenig beachtenswerten Onanie ein 11 j. Mädchen zum Kinderarzt bringt. Er bliebe dem Kind alles schuldig, wenn er über die Zerstreuung dieser Angst nicht hinausginge, dieses Kinderschicksal als Ganzes einer Prüfung nicht unterzöge. Es ist klar, daß er dazu verläßlicher psychologischer Kenntnisse und Erfahrungen bedarf, und daß dieses Rüstzeug dem medizinischen Unterricht auf die Dauer nicht mehr vorenthalten werden kann. Umgekehrt aber wird jeder psychologisch gestützten Erziehungsberatung eine gründliche körperliche Untersuchung vorausgehen müssen. Diese Regel schafft nicht nur bei den Hilfesuchenden die nötige Sicherheit, sondern wird es auch ermöglichen, kranke Kinder, solche mit vererbten, angeborenen oder später erworbenen geistigen Defekten, Sinnesschwache, Psychotiker schon in den ersten Stadien auszusondern und der für sie geeigneten Behandlung zuzuführen.

Für die Erziehungsberatung im engeren Sinn werden wir nun den letzten Anlaß zum Kommen und die häuslichen Verhältnisse, insbesondere auch die Art der Nachtruhe eingehend ermitteln. Ein häuslicher Besuch wird uns dann oft zu einer wertvollen Ergänzung und auch der nachgehenden Erziehungsfürsorge dienen können. Von entscheidender Wichtigkeit wird eine taktvoll angebahnte gesonderte Aussprache mit Erzieher und Kind sein. Wir werden dabei gut tun, die Mitteilungen zunächst objektiv auf uns wirken zu lassen, uns vor allzu raschen Schlüssen zu hüten. Auch den Erfolg können wir nicht überstürzen: Nicht mit Zureden beschwichtigen sollen wir die entstandenen Schwierigkeiten, sondern ihre Entstehung verständlich machen und damit für die Zukunft vermeiden lehren. Meist werden mehrere Aussprachen in nicht zu langen Zeitabständen notwendig sein, und es kann gelegentlich mit einer rasch geschehenen Übertragung auf den Berater ein schneller Erfolg gelingen. Oft werden wir bei Kleinkindern den Kindergarten, bei Größeren die Teilnahme an Horteinrichtungen, Jugendbünden, manchmal auch einen vollen Umweltswechsel empfehlen.

Immer wird uns bei dieser Arbeit eine gute Kenntnis der bestehenden Fürsorgeeinrichtungen (etwa der Trinkerfürsorge für einen trunksüchtigen Vater) zustatten kommen. Bei schwächeren neurotischen Veränderungen des Kindes wird aber öfters auch eine regelrechte Analyse empfohlen werden müssen, die allerdings an Kindern ihre von Anna Freud aufgestellten Voraussetzungen, insbesondere auch an den Erziehern hat. Und schwere Verwahrlosungserscheinungen werden gelegentlich die Fürsorgeerziehung als den einzigen Ausweg weisen. Ich gedenke in diesem Zusammenhang auch des nicht seltenen sexuellen Mißbrauchs der Kinder im eigenen Familienkreis.

Ihre besonderen Probleme werden uns Schwierigkeiten der Kinder in der Schule und beginnenden Lehre stellen. Wir können hier ihre Vielfältigkeit nicht aufzählen, sondern nur andeuten. Gelegentlich wird zu ihrem Verständnis ein Einvernehmen mit der Schule oder dem Lehrherrn notwendig werden.

Diese knappe Darlegung macht es klar, daß die Erziehungsberatung uns oft recht weit führt. Fritz Redl meint, daß auf sie oft eine Erziehungshilfe, schließlich eine Erziehungsbehandlung folgen muß. Mir scheint, daß diese Bezeichnungen in der Tat dem recht gut entsprechen, was dem Kinderarzt hier an neuer interessanter Arbeit zugewachsen ist.

Literatur: 1. Ztschr. f. ps.-a. Pädagogik. Sonderheft „Erziehungsberatung". 1932. — 2. Friedjung, Die Fehlerziehung in der Pathologie des Kindes. Wien, Julius Springer, 1931.

Erziehungsmaßnahmen bei Hebephrenie

Von Medizinalrat Dr. Anton Mißriegler in St. Andrä-Wördern

Jeder Praktiker kennt leider aus eigener Erfahrung jene tragischen Fälle, wo Eltern wegen einer „Kleinigkeit", wegen irgendwelcher Absonderlichkeiten, Ermüdungserscheinungen der Kinder zum Arzt kommen und dann darauf aufmerksam gemacht werden müssen, daß es sich um den Beginn einer unaufhaltsamen schweren Geistesstörung handelt. Oft genug glauben es die Eltern auch gar nicht, wandern von Arzt zu Arzt, bis sie endlich einen finden, der ihnen eine tröstlichere Aussicht stellt, und verzetteln oft große Summen für ganz aussichtslose Kuren.

Auch der Arzt will oft nicht an die Diagnose glauben. In den Anfangsstadien bedarf es in der Tat oft einer sehr genauen Anamnese und Beobachtung, bis man die Grenzlinien zwischen der Hebephrenie und z. B. einer originären Verschrobenheit, zwischen Trotzreaktionen, hypochondrischer Neurose, moral insanity, beginnendem manisch-depressiven Irresein oder einer Zwangsneurose zu ziehen vermag. Daß in der Kassenpraxis die vagen körperlichen Klagen zugrunde liegende Schizophrenie einfach übersehen wird und in der Privatpraxis gelegentlich eine polypragmatische Einstellung solche körperliche Beschwerden ernst nehmen läßt, soll nur nebenbei erwähnt werden.

Wie stellen wir uns aber ein, wenn wir eine beginnende Schizophrenie diagnostiziert haben? Bei jenen Formen, die irgendwie die Umgebung schwer belästigen,

die eine körperliche oder geistige Gefahr für gesunde Familienmitglieder darstellen, die durch ausgesprochene Wahnbilder, durch fortgeschrittene Demenz oder Stupor sozial unmöglich sind, sowie bei jenen, die einen akuten katatonen Anfall durchmachen — für alle diese ist die Anstalt wohl das einzig Richtige. Der Schutz der Gesunden, nicht eine Heilungsaussicht, ist dabei allerdings das Motiv. Im Rahmen der Anstalt ist manchmal noch ein kleiner Rest sozialer Wertigkeit praktisch auszunützen, der in der Freiheit nutzlos ist.

Immerhin bleiben aber unzählige Fälle von Schizophrenie, und zwar vornehmlich von der hebephrenen, seltener von der paranoischen, am seltensten von der katatonen Form, die entweder im Anfang der Erkrankung oder sogar dauernd nicht soviel sozialen Anstoß erregen, daß sie interniert werden müssen, oder wo aus anderen Gründen die geschlossene Anstalt nicht in Frage kommt. Das sind vielfach auch Fälle, bei denen sich das Verlangen der Umgebung nach einer Therapie mit dem Heilbestreben des Arztes begegnen. Wenn er bei einem der eigenartig verschrobenen Psychopathen, bei einer „moral insanity", bei einer Zwangsneurose einen Heilerfolg hatte, so erscheint es ihm doch naheliegend, auch bei einer jener langsam beginnenden Hebephrenien, deren Symptomenbild er nur mit diffizilen Methoden von dem der genannten Psychopathien abgrenzen hatte können, dieselbe Heilmethode anzuwenden. Und bei der völligen Aussichtslosigkeit der sonstigen medikamentösen, diätetischen, physikalischen Behandlungsarten ist der Versuch mit einer Methode, die wenigstens einen Hoffnungsschein bietet, erst recht begreiflich, wenn anders man sich nicht einem absoluten Nihilismus ergibt. Die kritische Beurteilung eines Erfolges hat allerdings immer mit der bekannten Tatsache von gelegentlichen Spontanremissionen im Verlauf der Schizophrenien zu rechnen.

Ich muß gestehen, daß ich anfangs meiner analytischen Tätigkeit auf die Psychoanalyse der Hebephrenie größere Hoffnungen setzte, nachdem Bleuler mit der analytischen Betrachtungsweise auch in den scheinbar verrücktesten Symptomen schwerer Schizophrenie den Sinn dieser Phänomene aufgezeigt hatte. Bei der praktischen Anwendung ergab sich mir aber bald, daß vor allem die Technik eine abweichende sein mußte. Eine rein passive Analyse nach der Vorschrift Freuds führt ganz ins Uferlose und verleitet die Patienten nur dazu, ihre wirren schizophrenen Gedankensprünge als „freie Assoziationen" gewissermaßen sanktioniert laufen zu lassen. Was die aktive Technik Stekels betrifft, so hatte mich dieser selbst schon im vorhinein gewarnt, mit Deutungen und Auflösungen in solchen Fällen voreilig zu sein. Die Mitteilung scheinbar vollkommen durchsichtiger psychologischer Zusammenhänge, die bei einem Neurotiker befreiend wirkt, verursacht bei Schizophrenen manchmal akute, schwer beherrschbare Reaktionen. So erlebte ich bei einer im Lauf der Behandlung ziemlich geordnet gewordenen Schizophrenen, die mir bereits seit zwei Wochen in immer deutlicherer und direkterer Weise von einem Koitus mit ihrem Bruder erzählt hatte, nach einem zarten Aufsuchen der realen Hintergründe dieser Mitteilungen einen katatonen Anfall mit Weltuntergangshalluzinationen.

So interessant und wertvoll für unser psychologisches Verständnis also die analytische Exploration ist — wobei wir das ermüdende und aufreibende dieser Arbeit mit in Kauf nehmen müssen, — so gewann ich doch immer mehr den Eindruck, daß den Sinn der Erkrankung schließlich nur der Behandelnde, nicht aber

der Kranke erfaßt. Den naheliegenden Einwand, daß dieser „Sinn" nur vom Arzt in die Krankheitserscheinungen hineingetragen wird, aber gar nicht wirklich darin liegt, will ich hier nicht widerlegen, da er für die praktische Behandlung irrelevant ist. Denn was den praktischen Heilerfolg meiner Analysen an Hebephrenen anlangt, so stand er in gar keinem Verhältnis zu der aufgewandten Zeit und den gebrachten Opfern. Und wenn man die Literaturberichte anderer Praktiker mit denselben kritischen Augen prüft, so scheint es auch dort im großen ganzen nicht viel besser zu sein.

Sollen wir also die Analyse aus dem therapeutischen Bemühen um die Schizophrenie streichen, zumal es sich dabei um eine kostspielige, mühevolle Therapie handelt? Soweit es sich um schwere, fortgeschrittene Fälle, die wenig soziale Wertigkeit mehr besitzen, handelt, habe ich dies getan. Ich lehne derartige Fälle als für die Analyse ungeeignet ab. Anders aber stelle ich mich zu den mehrfach erwähnten Fällen leichterer oder beginnender Hebephrenie, die ich gern einer Behandlung unterziehe, wobei allerdings die Analyse nicht das einzige Therapeutikum ist, sondern in den Rahmen eines allgemeinen Behandlungsplanes eingebaut ist. Ein Fall, der seit einigen Jahren in meiner Beobachtung ist, mag dies illustrieren.

Rudi, das einzige Kind mäßig neurotischer Eltern, war immer ein Einzelgänger, schloß sich an keine andern Kinder an, war schon als Kleiner oft widerspenstig, besonders gegen Dienstmädchen, Hausleute und Lehrpersonen. Einmal warf er sogar im Jähzorn ein Küchenmesser gegen die Köchin und verletzte sie. In der Schule kam er anfangs ganz gut mit, wenn er auch nie ein talentiertes Kind war. Für Musik hatte er etwas Begabung, aber wenig Fleiß. Die Erziehung ließ viel zu wünschen übrig, da ihm von den Eltern zu viel nachgegeben wurde. Im 12. Lj., in den ersten Mittelschulklassen ließ er plötzlich in der Schule auffallend nach, worauf der Schularzt die Eltern aufmerksam machte. Er wurde als „überarbeitet" eine Zeitlang geschont und kam dann in ein Konvikt, wo er sich aber totunglücklich fühlte und viel schlechter nachhause kam. Er war nun höchst widerspruchsvoll, begann plötzlich sinnlos zu lachen, quälte die Umgebung in raffinierter Weise, zeigte eine grenzenlose Furcht vor Beschmutzung und begann allerlei zwangsneurotische Handlungen auszuführen. Nun gingen die Eltern doch zu einem Nervenarzt, der anordnete, daß der Junge aus der Schule genommen werde und viel liegen müsse. Die Folgen waren erschreckend: Der Junge wollte den ganzen Tag das Bett nicht verlassen, beschäftigte sich darin ständig mit seinen Zwangshandlungen und brachte die ganze Umgebung zur Verzweiflung. In diesem Zustand nahm ich ihn in Behandlung.

Rudi ist ein körperlich seinem Alter von fast 15 Jahren entsprechend entwickelter, gesunder Junge. Durch energisches Auftreten gelingt es, ihn aus dem Bett zu bringen. Er kommt auch täglich pünktlich zur Behandlungsstunde. Anfangs ist eine geordnete Verständigung schwer möglich. Sprunghaft wechseln seine Einfälle, die fast durchwegs herabsetzenden, ironischen, aggressiven Charakters sind oder sich mit seiner Beschmutzungsangst beschäftigen. Drei Stunden lang klagt er mir z. B. einmal, daß er auf dem Weg zu mir einem Jauchewagen begegnete, dem er zwar in einem weiten Bogen auswich, dessen Geruch ihn aber doch auf die Entfernung von etwa 20 Metern angesteckt haben könnte. Oder ein andermal gehen einige Stunden

darüber verloren, weil zufällig während seiner Behandlungsstunde ein Verletzter zu mir gebracht wurde und er inzwischen im Wartezimmer sitzen mußte, wo der blutige Mann einige Augenblicke gestanden hatte. Wenigstens eine Viertelstunde vergeht täglich damit, daß er beim Weggehen alles genau untersuchen muß, ob er nichts auf oder unter dem Sessel vergessen habe. Die Frage des Klosetts ist ihm stundenlange Debatten wert, kein Klosett ist ihm rein genug. Als er einmal seinem Vater den Mantel zu halten gibt und dieser angeblich ein wenig den Boden streift, gibt es eine fürchterliche Szene, die fast in Raufen mündet.

Allmählich bildet sich eine wenn auch negative Übertragung aus; der Pat. erzählt immer geordneter seine Erlebnisse und gibt seine Tagträume und Phantasien preis, die alle von einer mehr oder minder verhüllten Grausamkeit erfüllt sind. Die Intelligenz zeigt sich nun als wenig gestört, die Schulkenntnisse zwar lückenhaft, aber doch gut erhalten, die bekannte Gemütsroheit und der schrankenlose Egoismus der Schizophrenen treten deutlich hervor. Ich analysiere vorerst seine Aggressionen gegen den Vater, seine sadistischen Phantasien und seine zwangsneurotischen Handlungen. Er scheint einzusehen, daß sein Waschzwang und der Zwang immer zu suchen, ob er etwas vergessen hat, Reaktionen seines verbrecherischen Ich sind, die ihn seine Hände in Unschuld waschen und nachsehen läßt, ob er keine Spuren auf dem Tatort zurückgelassen hat. Bis auf eine etwas pedantische Reinlichkeit auf dem Klosett und einen kurzen Blick auf seinen Sessel beim Verlassen des Zimmers baut er allmählich diese Symptome ab. Die Ödipuseinstellung mit dem daraus erwachsendem Sadismus, das Minderwertigkeitsgefühl aus dem Schuldbewußtsein über die verbrecherischen Phantasien und die als verboten empfundene Onanie werden allmählich vom Kranken erkannt. Indizien, die für homosexuelle Erlebnisse im Konvikt sprechen, lassen sich nicht weiter verfolgen. Das Benehmen mir gegenüber hat sich nun bedeutend gebessert, wenn er auch zuhause noch recht taktlos ist; sein Lachen versucht er wenigstens durch irgend eine Motivation („es ist mir gerade ein Witz eingefallen") zu erklären; er beginnt sich für Basteleien zu interessieren, wenngleich auch diese noch oft auf Zerstörung hinauslaufen.

In diesem Stadium, wenn die Übertragung sich genügend gefestigt hat und der Kranke ein gewisses Verständnis für die kausalen Zusammenhänge und finalen Tendenzen seiner Handlungen gewinnt, pflege ich nun die Analyse zu beenden und dafür mit der Erziehung zum sozialen Wirken einzusetzen. Gewöhnlich ist dies etwa 8—10 Wochen nach Beginn der Behandlung der Fall. Die Auflockerung des seelischen Gefüges hat nun den Boden vorbereitet, auf dem die zweite, meiner Meinung nach, ebenso wichtige Arbeit zu leisten ist. Ich glaube nämlich, daß die Schizophrenie noch durch anderes wesentlich charakterisiert wird als durch den „schizophrenen Mechanismus", das Auseinanderfallen von Motiv einerseits und Handlung sowie Gefühl andrerseits. Diese Krankheit ist sowohl durch eine eigenartige Affekt- wie Intellektstörung charakterisiert. Man bezeichnet Schizophrene oft als „stumpf"; sie sind es aber nur den Personen ihrer Umwelt gegenüber, während sie für bestimmte persönliche Triebe und Phantasien sehr affektreich sein können. Ihre Affektstörung ist eine soziale; damit hängt ja die bekannte Oppositionseinstellung der Schizophrenen mit all ihren zahlreichen Manifestationen zusammen. Aber auch die Intellektstörung ist ursprünglich eine gegen die Umwelt gerichtete und oft bleiben persönlich orientierte Intellektreste von erstaun-

licher Höhe bis in fortgeschrittene Stadien erhalten. Im Negativismus und Vorbeireden der Katatonen zeigt sich ein prägnantes Zerrbild dieser Tatsache. Intellektuell fehlt dem Schizophrenen die kausale und finale Verknüpfung, an deren Stelle eine rein ich-bezogene tritt. Beide Störungen bedingen das, wofür kaum ein besseres Wort gefunden werden kann, als „Taktlosigkeit", das heißt Mangel an sozialem Fühlen und Denken.

Bei den hebephrenen Formen muß es also unser Bemühen sein, diesen Mangel zu überwinden. Wer aber glaubt, daß er einfach nach Beendigung einer Analyse den Kranken zu einer Arbeit bringen kann, wird von diesem Glauben durch die unvermeidlichen Konflikte geheilt, die der Kranke mit seiner Umwelt hat und die ihn bald wieder rückfällig machen. Diese Erziehung zum Einleben in die Umwelt muß unter ständiger Leitung des Psychotherapeuten vor sich gehen; sie ist eine modifizierte Art der analytischen Behandlung selbst. Sie ist schwieriger und langwieriger als die gewöhnliche Analyse und stellt an den Arzt große Ansprüche, erfordert auch unter Umständen ziemliche Opfer von seiten des Kranken und seiner Umgebung. Der Behandlungsplan selbst muß folgerichtig auf den Erkenntnissen, die aus der Analyse des Kranken gewonnen wurden, aufgebaut werden und muß in den Grundzügen auch konsequent durchgehalten werden.

Entscheidend ist schon die Auswahl der Beschäftigung, die auf die bewußten Liebhabereien wie auch unbewußten Triebregungen des Kranken Rücksicht nehmen muß. Eine Schwierigkeit liegt darin, daß man versuchen muß, eine Arbeitsstätte zu finden, die nicht von Anfang an allzuviele Konfliktmöglichkeiten bietet. Diese bleiben ohnehin niemals aus und es ist eben die Hauptaufgabe der „analytischen Arbeitstherapie", die aufgetretenen Störungen täglich mit dem Kranken zu besprechen. Es werden sich dabei analytische, suggestive, und persuasive Methoden ergänzen müssen. Die Übertragung wird es ermöglichen, daß der Kranke vom Arzt das akzeptiert, was er von der Umgebung ablehnt. Je nach dem Verlauf wird es dann notwendig oder möglich sein, die sozialen Ansprüche zu erhöhen oder herabzumindern.

Im Fall Rudi wurde z. B. das Ziel gesteckt, den Jungen soweit zu bringen, daß er irgend eine Beschäftigung lerne, in der ihm sein Vater durch seine Beziehungen in der Textilbranche das Fortkommen erleichtern könnte. Die persönlichen Liebhabereien des Kranken gingen von seinem latenten Zerstörungstrieb aus, aber auf das mechanische Gebiet. Falls sich die geistigen Fähigkeiten genügend entwickeln sollten, so war daran gedacht, ihn über eine mittlere Schulbildung in das Geschäft des Vaters einzugliedern. So wurde der Junge vorerst in eine private Fortbildungslehranstalt für Mechanik gebracht, damit er einerseits wieder lerne, mit anderen Jungen zusammenzusein und einen wenn auch laxen Pflichtenkreis zu erfüllen, andrerseits seinem Verlangen nach mechanischer Arbeit nachgegeben wurde und doch das Gelernte im Fach verwertbar sei. Die Werkstättenarbeit half dem Jungen über die unerwünschte Schule hinweg, die zeitweise auftretenden Konflikte mit Lehrern und Mitschülern ließen sich in den Besprechungen relativ leicht über-

winden und am Ende des Semesters hatte sich der Kranke an die regelmäßige Tätigkeit gewöhnt und von Überarbeitung, unerträglichen Kopfschmerzen und tagelangem Bettliegen war keine Rede mehr. Nun kam der Junge in eine Strickerei, wo er unter persönlicher Aufsicht des Meisters lernte, praktisch an Maschinen zu arbeiten. Der erste selbstgestrickte Jumper war ein großer Ansporn. Konflikte mit Arbeiterinnen in diesem Betrieb waren bereits viel seltener als in der Schule. Nach halbjähriger Tätigkeit wurde nun der Versuch gewagt, ihn aus dem kleinen, sozusagen familiären Strickereibetrieb in einen größeren zu bringen, wo keine persönliche Rücksichtnahme mehr möglich war. Er kam in eine große Wirkerei, die viele Arbeiter beschäftigte und wo er die Arbeit an den verschiedenen Wirkstühlen praktisch erlernte. Die Einordnung in diesen Betrieb gelang ihm im Lauf eines Vierteljahres fast reibungslos. Auch im Verkehr mit andern Menschen ist er viel freier geworden, meidet Gesellschaft nicht, wenn er auch noch manchmal Verstöße gegen den gesellschaftlichen Takt begeht. In der Familie dagegen gibt es noch oft Auftritte, er nörgelt am Essen, beleidigt die Hausgehilfin, wehrt sich gegen Anordnungen des Vaters und schreit mit ihm herum. Auf ruhiges Zureden ist er dagegen ansprechend, sieht auch nachträglich sein Unrecht gleich ein. Und nun soll er in die Fachschule übertreten.

Die analytische Arbeitstherapie wird bei Hebephrenen mehr Gewicht auf manuelle als auf geistige Arbeit legen müssen. Das ist auch bei Mädchen meist durchführbar. So wurde eine Hebephrene als Hausgehilfin, eine andere als Gärtnerin, eine dritte als Laufmädchen untergebracht. Meist ist es allerdings notwendig, daß der Arzt selbst sich um den Arbeitsplatz kümmert und den Arbeitgebern einige Verhaltungsmaßregeln gibt. Damit sind auch gewöhnlich einige finanzielle Fragen zu lösen. Ich halte z. B. eine unbezahlte Arbeit auf die Dauer für unerträglich. Eine selbstverdiente Entlohnung eifert solche Kranke sehr an. Umgekehrt ist meist von den Arbeitgebern nicht zu verlangen, daß sie die — zum mindesten anfangs — recht minderwertige Arbeitsleistung, die eventuell noch mit Arbeiterstreitigkeiten verknüpft ist —, entlohnen sollen. Ich habe es bei allen Fällen, wo junge Hebephrene zu mir von ihren Eltern gebracht wurden, durchgesetzt, daß die arbeitenden Kranken einen Lohn erhielten, der dem Arbeitgeber von den Eltern refundiert wurde. Die Arbeitsdauer darf im Anfang nicht überspannt werden. Dagegen sehe ich darauf, daß auch in der Freizeit die körperliche Betätigung möglichst intensiv betrieben wird, sei es in Form von Sport, Turnen, Baden etc. Ob die von mir durchgeführte Regelung der Ernährung einen Einfluß ausübt, ist schwer zu entscheiden. Dagegen glaube ich, daß in manchen Fällen eine Beeinflussung des endokrinen Apparats (im Fall Rudi z. B. durch Androstin) nicht ganz wertlos ist.

Zusammenfassend möchte ich also sagen, daß bei Hebephrenie nicht allzuschweren Grades eine orientierende Analyse mit anschließender analytisch fundierter Arbeitstherapie und allgemeinen Erziehungsmaßnahmen nicht aussichtslos ist. Allerdings ist auch hier vor einer Überschätzung zu warnen, da einerseits spontane Remissionen einen Erfolg der Kur vortäuschen können und anderseits der Einsatz der materiellen und ideellen Mittel von seiten des Arztes wie der

Angehörigen recht bedeutend ist. Immerhin, wenn es gelingt einen solchen Fall wenigstens sozial brauchbar zu machen und seine Umgebung vor ewigen Quälereien zu beschützen und von der Verzweiflung zu befreien, so ist dieser Gewinn auch eines hohen Einsatzes wert.

Zur Frage der geschlechtlichen Erziehung

Von Dr. med. Gerhard Ockel in Guben

Seit etwa 3 Jahrzehnten sind einsichtige Ärzte, Erzieher und Geistliche beider großer Konfessionen immer wieder mit der Forderung einer Reform unserer geschlechtlichen Erziehung hervorgetreten. Ein durchgreifender Erfolg ist ihrem Wirken bisher versagt geblieben. Es gelang nicht, weitere Kreise von Eltern und Erziehern zum Aufgeben ihrer falschen Haltung auf diesem Gebiet zu bewegen. Dem modernen Psychotherapeuten dürfte diese Tatsache nicht besonders schwer verständlich erscheinen. Der Fehler von seiten der Reformatoren in der praktischen Arbeit liegt darin, daß man immer wieder versucht hat, durch Forderungen, die sich an das Bewußtsein der Eltern und Erzieher wandten, weiterzukommen. Man kritisierte — mehr oder weniger verbindlich — die „falsche Prüderie", rief das Verantwortungsbewußtsein der Eltern an, wies auf die Natürlichkeit des Geschehens hin, zeigte die großen Gefahren des vorehelichen ungeordneten Geschlechtslebens, stellte ethische Forderungen auf und gab dann einige praktische Richtlinien für die „Aufklärung". Man vergaß, daß es nicht möglich ist, im unterbewußten Seelenleben verankerte Hemmungen durch Anrufung des oberbewußten Willenslebens zu beseitigen. Um unterbewußt verankerte Hemmungen aber handelt es sich, wenn Eltern und Erzieher die Einführung ihrer Kinder in das Wissen um Geburt, Fortpflanzung und Zeugung als „Unmöglichkeit" empfinden. Erst recht müssen sie infolge ihrer Hemmungen scheitern, wenn sie geschlechtliche und erotische Lebensfragen mit den Jugendlichen besprechen sollen.

Ich habe in meinem Büchlein „Sag Du es Deinem Kinde" (Falken-Verlag, Berlin-Lichterfelde, RM 1.80) ausführlich dargestellt, wie m. E. diese Hemmungen zustandekommen, und wie sie überwunden werden können. Auch über die „Technik" der frühkindlichen „Aufklärung" und die Notwendigkeit weltanschaulicher und religiöser Unterbauung der eigentlichen „geschlechtlichen" Führung des Jugendlichen habe ich mich dort ausführlich ausgesprochen.

Besteht nun die Möglichkeit, mit Hilfe der von mir vorgeschlagenen Methoden einen größeren Kreis von Eltern und Erziehern für die Aufgabe einer richtigen und wirksamen geschlechtlichen Erziehung fähig zu machen? Ich glaube, daß für einen großen Teil der heute lebenden Elterngeneration für die kindliche Erziehung (5—14 Jahre) diese Frage bejaht werden kann. Nach meiner Erfahrung ist es möglich, einen großen Teil der Menschen bis Ende der dreißiger Jahre noch so weit aufzulockern, daß sie ihre unterbewußten Verbiegungen und Verkrampfungen erkennen, erlebnismäßig überwinden und dadurch für die Lösung der im Grunde sehr einfachen Aufgabe der Einführung des Kindes in das Wissen um Geburt, Fortpflanzung und Zeugung fähig werden. Ich halte es für richtig, zunächst einmal diese Teilfrage mit aller Energie anzupacken. Die Einführung des jungen Kindes ist und bleibt der Grundstein jeder vernünftigen geschlechtlichen Erziehung, und man muß mit dem Grundstein — nicht mit dem Dach — anfangen, wenn man ein neues Haus bauen will.

Ich glaube, daß eine Wirkung in die Breite nur möglich sein wird, wenn man den Volksschullehrer für diese Arbeit gewinnt; nicht für die Arbeit unmittelbar am Kind, sondern an der Elternschaft. Die erste Einführung des Kindes gehört unter allen Umständen ins Elternhaus. Wir werden die Eltern aber zur Übernahme dieser Aufgabe nur bewegen, wenn wir sie erstens lehren, selbst eine unverkrampfte und von falschen Hemmungen freie Stellung zu den Fragen des Geschlechtslebens einzunehmen, und wenn wir zweitens die Angst beseitigen, daß sie bei ihrer Nachbarschaft und der weiteren Umwelt durch frühzeitige „Aufklärung" ihrer Kinder in ein schiefes Licht kommen könnten. Diese Angst ist nämlich bei der kindlichen Einführung beinahe noch wirksamer als die innere Scheu. Beides läßt sich am ehesten überwinden durch planmäßige Abhaltung von Elternabenden in den Volksschulen. Man lädt die Elternschaft klassenweise ein und schafft ihr nach kurzer psychologischer Einleitung durch Ingangbringen einer Aussprache das Erlebnis, daß man tatsächlich in einem größeren Kreis von Männern und Frauen zwanglos über diese Dinge sprechen kann. Erfaßt man hierbei nach und nach die gesamte Elternschaft einer Schule, die ja ungefähr in einem Bezirk zusammen wohnt, so beseitigt man auch die Angst vor den Nachbarn. Diese Elternabende sollten nach vollständigem Durcharbeiten einer Schule auch weiterhin alljährlich für die Eltern der Schulanfänger wiederholt werden. Zweifellos werden sich an jeder größeren Volksschule einige geeignete Lehrkräfte finden, die durch entsprechende Schulung zu dieser Aufgabe fähig gemacht werden können. Anschließend an den Abend sollte man den Eltern eine geeignete Druckschrift zugänglich machen. Sache der zentralen Amtsstellen würde es sein, durch Ermöglichung einer Massenauflage eine nicht zu knappe und doch ganz billige Darstellung verfügbar zu machen, die sich weltanschaulich und konfessionell so weit allgemeingültig hält, daß jede ernsthafte Richtung im Sinn der eigenen Konfession darauf weiter bauen kann. Ich habe in den vergangenen Monaten auf Veranlassung des rassenpolitischen Amtes der N. S. D. A. P. zusammen mit Herrn Schulrat Metzdorf im Stadt- und Landkreis Crossen die eben dargelegten Vorschläge in die Tat umgesetzt. Es hat sich dabei eine über unser Erwarten große Bereitwilligkeit der Lehrerschaft ergeben, an der Lösung dieser Aufgabe mitzuarbeiten. Wir haben Elternabende — als eine Art „Probelektion" zur Schulung der Lehrerschaft — in Volksschulen einer Mittelstadt, zweier kleiner Landstädte, in einem Dorf mit vorwiegender Arbeiterbevölkerung und in einem kleinen „weitab von der Kultur" gelegenen Schifferdorf abgehalten. Wir haben dabei überall die gleiche Erfahrung gemacht, die ich in den vergangenen Jahren immer wieder gemacht habe: Wenn man von der richtigen Grundlage ausgeht, gelingt es stets, den überwiegenden Teil der anwesenden Eltern aufzuschließen und zum Mitgehen zu bewegen. Die Lehrerschaft wird die begonnene Arbeit im ganzen Kreis nunmehr fortsetzen, sodaß wir hoffen, bald einen ausführlichen Bericht über diesen ersten planmäßig in großem Stil durchgeführten Versuch geben zu können.

Bei der weiteren Durchführung halte ich es für besonders wichtig, daß es auch zu einer Fühlungnahme zwischen Lehrerschaft, Geistlichkeit und Ärzteschaft kommt, damit jedes Gegeneinanderarbeiten unterbleibt. Die Schwierigkeiten weltanschaulicher und konfessioneller Art sind bei gutem Willen in der Frage der geschlechtlichen Erziehung des Kindes durchaus überbrückbar.

Aus der Praxis der Jugendberatung

Von Dr. med. Viktor Frankl
Leiter der Zentralstelle für Jugendberatung in Wien

Es ist das Verdienst Hugo Sauers (Berlin), entsprechend der Erkenntnis von der Gefährdung des Jugendlichen durch die Pubertätskrise — die man als tempus minoris resistentiae bezeichnen könnte — nach einer Abwehr gesucht zu haben. Er fand sie in der Errichtung von Jugendberatungsstellen, die er seit 1914 propagierte.

Im Jahre 1928 wurde diese Einrichtung in Wien geschaffen und hat sich inzwischen dermaßen bewährt, daß die Gründung von Jugendberatungsstellen nach Wiener Muster in Zürich, Dresden, Chemnitz, Prag, Brünn und Teplitz-Schönau durchgeführt wurde und in weiteren Städten vorbereitet wird. Überall dort wurde die „private" Jugendberatung nach der Idee Sauers verwirklicht, wonach die Beratungen in den Privatwohnungen der Berater stattfinden, deren Liste in Zeitungen sowie Plakatform veröffentlicht wird. Der Erfolg der Wiener Jugendberatung erhellt bereits aus deren statistischen Ergebnissen. Die Zahl der Ratsuchenden dürfte gegenwärtig ungefähr 5000 betragen. Verf. allein verfügt über ein Material von fast 900 Fällen. Auf Grund dieser Kasuistik soll im Folgenden über Erfahrungen in der Jugendberatung berichtet werden.

Die Angelegenheiten, in denen die Ratsuchenden die Jugendberatungsstelle am häufigsten frequentierten, betreffen das Gebiet der sexuellen Probleme. In deren Bereich wiederum bezogen sich die meisten Beratungen auf die Onaniefrage. Die Abstrusität der über vermeintliche Masturbationsfolgen aufgestellten Behauptungen, auf die wir im Rahmen der Jugendberatung so oft stoßen, überrascht uns immer wieder, nicht weniger aber die unmittelbar heilende Wirkung einer bloßen aufklärenden Aussprache auf die Onaniehypochondrie.

Im Zusammenhang damit fällt mir jener Junge ein, der in der Beratungsstelle erschien, nachdem er sich bereits zwecks tentamen suicidii einen Revolver angeschafft hatte. Seine Furcht, an Masturbationsfolgen sterben zu müssen, war bemerkenswert durch seine Argumentation: einer seiner Freunde habe auch onaniert und sei vor kurzem gestorben . . .

Einmal schrieb ein junger Mensch: „. . . Zu einer Aussprache mit meinen Eltern oder mit anderen berufenen Personen fand ich bisher nicht den Mut . . . Ich trug mich bereits mit Selbstmordgedanken . . . Ich setze meine letzte Hoffnung in Sie . ." Er fürchtete sich vor der Erkrankung an Tabes dorsalis als Masturbationsfolge! Ein anderer Onaniehypochonder berief sich auf seinen Schularzt, der im Rahmen eines Aufklärungsvortrags behauptet hatte, daß Onanisten verkrüppelte Nachkommen bekämen . . . Überhaupt sollte der Nutzen einer sexuellen Aufklärung nicht überschätzt werden. So erinnere ich mich an einen Jungen, der im Alter von 20 Jahren die Beratungsstelle aufsuchte, weil er über das Auftreten von Erektionen anläßlich frustraner Erregungen erschrocken war; dabei war er schon mit 10 Jahren „aufgeklärt" worden.

So bagatellisierend unsere Stellungnahme zur Masturbation des Pubertierenden ist, so rigoros ist unsere Ablehnung der Prostitution als Ausweg aus der

Sexualnot der Jugend. Denn die Masturbation ist zwar unnötig[1]), aber unschädlich; die Zuflucht zur Prostitution jedoch ist nicht nur in physisch-, sondern auch in psychisch-hygienischer Hinsicht riskant, da sie den jungen Menschen auf die Einstellung zur Sexualität lediglich als Mittel zum Lustgewinn dressiert, während er zur Auffassung der Sexualität als Ausdruck seelisch-geistiger Verbundenheit erzogen werden müßte. Das Fehlen solcher Verbundenheit darf trotz vorhandener körperlicher Reife nachgerade als Kontraindikation gegen den Sexualverkehr gelten. Die Stellung einer positiven Indikation für den Sexualverkehr würde hingegen in ihrer religiösen, ethischen und sozialen Abhängigkeit die Grenzen einer Beratung überschreiten und eine Entscheidung beinhalten.

Eine weitere Kategorie von Angelegenheiten, die im Rahmen der Jugendberatung häufig zur Sprache kommen, bilden die Fälle familiärer Konflikte. Innerhalb dieser Kategorie wiederum überwiegen jene Fälle, bei denen sich die jungen Menschen über eine meistens ungerechtfertigte Freiheitsbeschränkung seitens der Eltern beklagen.

Freilich hat es dann der Berater gewöhnlich recht schwer, denn wenn er den Vorschlag macht, den Vater oder die Mutter zu einer gemeinsamen Besprechung einzuladen, wird er oft genug mit aufgehobenen Händen gebeten, davon Abstand zu nehmen, da der Betreffende die Strafe fürchtet dafür, daß er es wagte, sich über die Eltern zu „beschweren". Gelingt es uns aber, etwa den strengen Herrn Papa in unsere Beratungsstelle zu bringen, dann haben wir meist auch schon gewonnenes Spiel. Der Widerstand gegen die Annahme etwaiger pädagogischer Belehrungen und vor allem gegen eine Kritik an den bisherigen Erziehungsprinzipien schwindet bald, wenn man nur den entsprechenden Takt walten läßt. Da dieser Widerstand letztlich einem Protest gegen den gefürchteten Prestigeverlust entspringt, empfiehlt es sich in solchen Situationen immer, die Besprechungen mit der Überzeugung einzuleiten, daß man an den besten Intentionen der Eltern keineswegs zweifle, immerhin aber eine gemeinsame Bereinigung von Mißverständnissen für wünschenswert halte. Vorsicht und Enthaltung gegenüber jeder Voreingenommenheit gegen die Eltern wird schon deshalb am Platz sein, weil es sich ja oft im Verlauf solcher Besprechungen herausstellt, daß auch der Jugendliche allerhand „am Kerbholz" hat. Umso mehr vermag dann der Berater seine durchaus sachliche, gerechte Stellungnahme hervorzukehren. Meist enden derartige Besprechungen mit einem Kompromiß.

Was eine andere Gruppe von Jugendberatungsfällen anbelangt, die Fälle mit neurotischen oder gar psychotischen Störungen, wäre vor allem ganz allgemein zu bemerken, daß man sich ruhig auf den Standpunkt stellen kann, in der Jugendberatung würden mehr Neurosen verhütet als in ihrem Rahmen faktisch zur Beratung gelangen. (Ähnliches gilt vielleicht auch von einzelnen Psychosen; wissen wir doch seit der diesbezüglichen Arbeit von Kogerer die Bedeutung

---

[1]) Ich konnte regelmäßig beobachten, daß ein Onanist zu onanieren aufhört, sobald er sich „verliebt". Es scheint also ein vikariierendes Verhältnis zu bestehen zwischen dem Sexualtrieb und den „zielgehemmten Strebungen" (Freud). Erst wenn die persongerichteten Strebungen durch Ressentiment, Resignation oder Insuffizienzgefühl zurückgedrängt werden und der ziellose sexuelle Drang hervortritt, benötigt der Jugendliche die Masturbation.

frühzeitiger Vertrauenskrisen für die Auslösung schizophrener Schübe zu würdigen.) Naturgemäß handelt es sich dabei recht häufig um jene Neurosen, in deren Pathogenese der Mechanismus der Erwartungsangst eine zentrale Stellung einnimmt. Aus der Fülle des einschlägigen Erfahrungsmaterials, über das gerade der Jugendberater verfügt, der die Neurosen gleichsam in statu nascendi zu beobachten Gelegenheit hat, möchte ich nur zwei ganz besonders typische Fälle herausgreifen, weil sie mir einigermaßen aktuell erscheinen.

Immer wieder kommen junge Leute zu uns, die vor dem ersten Sexualakt ungeheure Angst haben und diese Angst damit motivieren, daß sie bisher abstinent gelebt haben; sie hätten in gewissen Broschüren gelesen oder in Vorträgen gehört, daß die Enthaltsamkeit vom Geschlechtsverkehr unbedingt zur Entstehung von Nervosität, aber auch Impotenz führe. Es kann an dieser Stelle nicht genug gewarnt werden vor einer derartigen Sexualpropaganda. Und nicht genug angeprangert werden können jene pseudopopulären und pseudowissenschaftlichen Vorträge, in denen eine mißverstandene Psychoanalyse nicht nur die verdrängte, sondern schon die nicht befriedigte Sexualität des Jugendlichen gleichsetzt einem neurotischen Schicksal. — Haben wir es bei dieser Erscheinung vorwiegend mit Jungen zu tun, so betrifft die andere, nicht minder typische Erscheinung Mädchen. Wie oft hören wir dasselbe Lied: Ein Mädchen f ü r c h t e t, f r i g i d z u s e i n; bei eingehenderer Anamnese ergibt sich nun, daß sie mit einem Jungen in Beziehungen stand, die ursprünglich „platonisch“ waren. Später jedoch drängte der Betreffende immer mehr auf die restlose Erfüllung seiner sexuellen Wünsche und machte dem widerstrebenden Mädchen gegenüber so nebenbei die Bemerkung: „Mir scheint, du bist frigid!“ Das Mädchen hat es nun auf einmal mit der Angst zu tun, ihr Freund könnte recht haben, sie sei vielleicht wirklich „kein ganzes Weib“, nicht erlebnis- und genußfähig. Sie entschließt sich, sich hinzugeben und — ist enttäuscht, gleichzeitig aber auch unter Umständen fürs Leben geschädigt. Ohne das langsame, spontane Aufkeimen bewußter Sexualität abzuwarten, aus dem verkrampften Streben heraus, sich als genußfähig zu erweisen, dabei aber mit der geheimen Angst, es könnte sich ihre Genußunfähigkeit herausstellen, ist sie an ein intimes Zusammensein herangetreten und darf sich natürlich nicht wundern, wenn sie, die ängstlich sich Beobachtende, keine sich hingebend Genießende war. — Meist genügt es, diese Zusammenhänge aufzudecken, und die weitere lawinenartige Entwicklung der Erwartungsangst läßt sich verhüten, bevor sie noch richtig ins Rollen kommt; vorausgesetzt, daß solche Fälle rechtzeitig zur Beratung gelangen.

Wenige, hauptsächlich prinzipiell gedachte Bemerkungen seien nun zur Problematik jener Fälle gestattet, in deren Vordergrund das Moment der W i r t s c h a f t s n o t steht.

Wir wissen, daß die materielle Notlage nicht als solche, also nicht unmittelbar zur seelischen Auswirkung kommt, sondern daß erst ihre Verarbeitung durch die Person, daß erst deren Stellungnahme zu ihr als der maßgebende Faktor anzusprechen ist. Dabei ist sowohl zu berücksichtigen, daß mitunter die finanziellen Schwierigkeiten zum V o r w a n d für irgendeine persönliche Insuffizienz genommen werden, als auch, daß oft genug die wirtschaftliche Not nicht Ursache, vielmehr F o l g e seelischer Not darstellt, so etwa wenn ein deprimierter, haltloser Mensch eo ipso im ohnedies harten Konkurrenzkampf, etwa bei Bewerbung um Arbeitsstellen unterliegt. Zum Beweis, daß „es auch anders geht“, kann man jeweils auf jene prächtigen Gestalten junger Menschen hinweisen, die ebenso Not leiden,

ja hungern, und dennoch irgendwie aufrecht geblieben sind, ja geradezu eine gewisse Heiterkeit sich bewahren konnten. Allerdings haben sie den andern, depressiven Typen etwas voraus: sie sind außerhalb ihres Berufes, trotz ihrer Arbeitslosigkeit, beschäftigt; sie betreiben Sport, Lektüre, Studien, oder arbeiten als freiwillige Helfer im Rahmen irgendwelcher Organisationen. Darauf kommt es eben in erster Linie an: daß der junge Mensch einen Inhalt, ein Ziel finde — was für eines, das ist ja nicht mehr Sache des Beraters, der sich nie dazu verleiten lassen darf, dem Ratsuchenden die Verantwortung seiner Entscheidungen abzunehmen, bzw. sie auf sich abwälzen zu lassen, der vielmehr wie jeder richtige Psychotherapeut gerade darauf bedacht sein muß, den Ratsuchenden zur eigenen Verantwortlichkeit zu erziehen. Aus ihr heraus aber wird der Betreffende umso rascher und leichter zu der ihm adäquaten und der persönlichen wie sozialen Situation entsprechenden Aufgabe hinfinden. Diese geistige Not ist vielleicht der wesentlichste, wenn auch für eine oberflächliche und triviale Beurteilung unscheinbarste Punkt, aus dem die Not der Jugend kuriert werden müßte. Nur so verstehen wir den Aufschrei eines jungen Menschen in einem Brief an uns: „... Ich bin mit dem einfachsten Leben zufrieden, wenn es nur einen Inhalt hat und wenn mein Denken und Fühlen eine Richtung bekommt ..."

Wenden wir uns schließlich der letzten in Betracht kommenden Gruppe typischer Jugendberatungsfälle zu, in denen es sich um rein medizinische Fragen handelt. Die überwiegende Zahl dieser Fälle kommt mit dermatologischen, insbesondere kosmetischen Fragestellungen, ferner wegen Geschlechtskrankheiten und Schwangerschaft; unvergleichlich häufiger als um tatsächliche venerische Infektion, bzw. Gravidität handelt es sich aber um entsprechende Phobien und unbegründete Angst.

Die Serie der Schönheitsfehler läßt sich nicht aufzählen, derentwegen die Jugendberatung in Anspruch genommen wurde. Sie betreffen den Menschen von Kopf bis Fuß. Es hat anscheinend mit dem Vertrauen zum Jugendberater eine spezifische Bewandtnis. Sonst wäre es auch kaum zu verstehen, warum in so vielen Fällen die Ratsuchenden sich in rein ärztlichen Angelegenheiten eben an die Jugendberatung wenden und nicht etwa an den zuständigen Kassenarzt. Sehr oft muß der Jugendberater die entsprechende Überweisung vornehmen — nicht ohne das gestörte Vertrauensverhältnis Arzt—Patient wiederhergestellt zu haben. Daß sich dabei mitunter eine Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt ergibt, ist selbstverständlich. Sie kann in verschiedenen Formen und mit verschiedener Absicht zustande kommen. So z. B. wenn, wie einmal in unserer Kasuistik, der vor dem Jugendberater unbefangenere Patient eine für die Anamnese wichtige Mitteilung macht und mit ihr an den Arzt gewiesen wird. Oder wenn ein nach der ärztlichen Behandlung restierender „psychischer Überbau" erst vom psychologisch und ärztlich geschulten Berater zur Abtragung gelangt.

So sehen wir in den verschiedenen Gebieten, auf denen sich Jugendberatung bewegt, welch mannigfaltige Funktionen sie zu erfüllen vermag. Neben der unmittelbar heilenden Wirkung der bloßen Aussprache in Fällen sexueller Hypochondrie die verhütende Funktion bei Neurosen, die vermittelnde in familiären Konfliktfällen und ergänzende gegenüber der Einseitigkeit organisch-(fach-)ärztlicher Behandlung. Darüber hinaus waren wir seit einigen Jahren in einer Sonderaktion („Zeugnisaktion der Wiener Ju-

gendberatung") bemüht, die Selbstmorde Jugendlicher wegen schlechter Schulzeugnisse zu verhüten — eine Aktion, der übrigens ein voller, auch statistisch auffallender und nachweislicher Erfolg beschieden war.

In einer zentralen, ad hoc in den Tagen des Semester- und Schuljahrschlusses eingerichteten Schülerberatungsstelle, mit deren Leitung Jugendfürsorger Erwin Freiberger betraut wurde, konnten sich alle Wiener Schulkinder, die sich wegen eines schlechten Zeugnisses nicht nach Hause wagten, Rat holen und wurden in vielen Fällen unter Begleitung pädagogisch geschulter freiwilliger Mitarbeiter (unter ihnen ein Schulleiter!) zu den Eltern gebracht, aber auch während des folgenden Schuljahres pädagogisch betreut. Aus so manchem jugendlichen Selbstmordkandidaten konnten wir auf diesem Weg innerhalb eines Jahres einen lebensfreudigen — Vorzugsschüler machen.

Die Beratung als Sonderform menschlicher Hilfe hat ihre eigene geistige Problematik. Sie ergibt sich aus der Spannung einerseits zwischen der positiven Verantwortung des Beraters für den Inhalt der Beratung und anderseits aus seiner negativen Verantwortung für die volle Integrität der Entscheidung, die der Ratsuchende in freier Verantwortlichkeit treffen muß. Die Beratung hat aber auch ihre eigene Methodik, in deren Zentrum die Aussprache steht — deren fundamentaler Wert in anderer Ebene, in Form der Beichte, längst bekannt ist. Anders ließe es sich nicht verstehen, daß etwa ein einfacher junger Mensch aus einem niederösterreichischen Städtchen, der den Revolver vor sich liegen hatte, als er sich in einem Brief an die Jugendberatung aussprach, nach Erhalt einiger allgemein aufklärender Zeilen und der Einladung zu persönlicher Besprechung in rührend hilflosem Suchen nach Ausdruck folgendes schrieb: „ . . . Ihre Antwort hatte auf mich ungefähr die gleiche Wirkung wie Glockenklang und Chorgesang auf Faust, als er den Becher mit Gift als letzten Gruß dem kommenden Ostermorgen entgegenbringen wollte . . ."

Einige Gesichtspunkte zur kinderpsychiatrischen Arbeit

Von Dr. Torsten Ramer in Stockholm

Seit dem Jahr 1933 arbeitet in Stockholm eine sogenannte Beratungsstelle für Erziehungsfragen. Die Beratungsstelle wurde vom Jugendamt der Stadt Stockholm errichtet und die Ratsuchenden bestehen zum größten Teil aus Schulkindern, die in der einen oder anderen Weise, zu Hause oder in der Schule, Schwierigkeiten bereiten. Außer dem Verfasser besteht das Personal aus drei sozial geschulten Assistenten, die Untersuchungen über die Milieuverhältnisse der Kinder ausführen und mit den Kindern selbst, deren Eltern und Lehrern in ständigem Kontakt stehen.

Beim ersten Besuch in der Beratungsstelle werden alle Kinder einer körperlichen Untersuchung unterworfen. Später wird dann in der Fortsetzung das Hauptgewicht auf Gespräche mit dem Kind und mit seinen Eltern gelegt. In einer großen Anzahl von Fällen werden außerdem Intelligenzprüfungen vorgenommen.

Seit der Öffnung der Beratungsstelle wurden etwa 1000 Kinder untersucht. Es versteht sich von selbst, daß bei einer derartigen Anhäufung von Kindern die Zeit für individualisierende Psychotherapie in der Regel nicht ausreicht. Der Schwer-

punkt der Arbeit muß demnach notwendigerweise auf eine Beurteilung des Kindes unter Berücksichtigung der gesammelten Angaben über seine Entwicklung, medizinische und soziale Anamnese, sowie der Milieuverhältnisse eingestellt werden.

Die größte Schwierigkeit bei einer solchen Arbeit verursacht die Diagnose. Die Erfahrung zeigt, daß eine exakte Diagnose die Voraussetzung jeglicher Therapie ist. Eine planlose Anwendung bald der einen, bald der anderen therapeutischen Methode ist sicher sowohl auf psychischem, wie auch auf physischem Gebiet verwerflich. Man muß aber zugeben, daß die diagnostischen Schwierigkeiten in der Kinderpsychiatrie besonders groß sind, und auch daß die therapeutischen Möglichkeiten auf diesem Gebiet relativ begrenzt sind. Die Schwierigkeiten hängen vor allem damit zusammen, daß das Kind ein wachsendes Wesen und somit einer Reihe Entwicklungsschwankungen unterworfen ist, über die wir noch wenig wissen und die die Beurteilung hochgradig erschweren. Dazu kommt immer die Frage: Endogen oder reaktiv? Die therapeutischen Möglichkeiten sind außer von den sozialen Verhältnissen zum großen Teil von der Beeinflußbarkeit und der Formungsfähigkeit seitens des Milieus abhängig. Außerdem sind die meisten Probleme in der Kinderpsychiatrie mit pädagogischen und Erziehungsproblemen eng verknüpft. Deshalb ist auch, wenn irgendwelche Resultate erzielt werden sollen, ein Zusammenarbeiten zwischen dem Kinderpsychiater und dem Lehrer eine absolute Notwendigkeit.

Bekanntlich haben die meisten Richtungen in der modernen Psychotherapie zunächst das Individuum selbst zum Angriffspunkt. Man stellt dabei das Individuum sozusagen auf eine Isolierungsplatte und zergliedert seine seelischen Äußerungen. Hauptzweck der Therapie ist in den meisten Fällen, das Individuum zu einer Anerkennung seiner eigenen Lebenslage zu erziehen, nachdem man ihm durch verschiedene Maßnahmen (Suggestion, Hypnose, Analyse, Arbeitstherapie u. s. w.) dazu geholfen hat. Die aktiven Maßnahmen, die vor allem in Frage kommen, bestehen gewöhnlich in Erteilung von Ratschlägen, wie der Patient seine Lebensverhältnisse ordnen soll, wenn diese mit seiner psychischen Einstellung als unvereinbar befunden werden. In vielen Fällen kommt dazu eine Einwirkung auf die Umgebung des Patienten in der einen oder anderen Richtung; derartige Schritte aber dürften gewöhnlich nur schwer zu verwirklichen sein. Das Hauptgewicht muß beinahe immer auf eine Einwirkung auf das eigene Seelenleben des Patienten gelegt werden.

Wenn es sich um Kinder handelt, ist ein derartiges Verfahren gewöhnlich nicht anwendbar, jedenfalls nicht an einem großen poliklinischen Material. Ich glaube übrigens, daß man eine richtigere Beurteilung psychischer Phänomene bei Kindern dadurch erhält, daß man das Individuum als einen Teil der Gruppe oder der Gesamtheit, zu welcher es gehört, betrachtet. Alle seelischen Äußerungen entstehen ja *in* und *aus* gemeinsamen ethnologischen, kulturhistorischen, biologischen, sozialen und ökonomischen Zusammenhängen. Der Mensch entwickelt sich zum Menschen nur unter anderen Menschen. Wachsende Individuen sind mehr als andere gerade von ihrem Zusammenhang mit der Gruppe abhängig.

Ich glaube, daß es bei jeder Diagnose oder Therapie auf dem kinderpsychiatrischen Gebiet von großer Wichtigkeit ist, die Gesamtheit, der das Kind angehört, ins Auge zu fassen und die therapeutischen Bestrebungen dieser Gesamtheit entsprechend einzurichten.

Die engste und für die Mehrzahl der Kinder wichtigste Gesamtheit oder Gruppe ist die Familie. Bei der Beurteilung psychischer Symptome bei Kindern denke ich mir die Familie als einen lebenden Organismus, in welchem das Kind einen Teil

bildet. Eine Muskelparese kann auf eine Krankheit im Muskel selbst zurückzuführen sein oder Ausdruck einer Verletzung der peripheren Nerven oder des zentralen Nervensystems sein. In derselben Weise können psychische Symptome bei einem Individuum durch Krankheit bei dem Individuum selbst, durch Störungen der affektiven Verbindungen zwischen den Individuen innerhalb des Familienorganismus oder durch andere kranke Individuen in diesem Organismus bedingt sein.

Diese Art und Weise, die Sache zu sehen, ist selbstverständlich sehr schematisch und auch gewissermaßen gekünstelt, zumal alle Individuen während des Wachstums sich den verschiedenen Gruppen oder Organismen (Schulklassen u. s. w.) anpassen müssen. Dieselben Wechselwirkungen zwischen den Individuen findet man aber nahezu immer bei allen Gruppenbildungen wieder. Ich bin daher der Ansicht, daß eine solche Betrachtungsweise vollauf berechtigt ist.

Aus praktischen Gesichtspunkten pflege ich deshalb psychische Störungen bei Kindern in drei große Hauptgruppen einzuteilen:

1. Die Ursachen liegen wesentlich beim Kind selbst. Zu dieser Gruppe zähle ich vor allem die organischen Störungen, wie körperliche Krankheiten mit psychischen Symptomen, Imbezillität verschiedenen Grades, Psychosen, konstitutionelle Neuropathie und Psychopathie u. s. w. Hinsichtlich der Diagnose dieser letzteren bin ich persönlich sehr zurückhaltend und stelle als Kriterien teils eine augenscheinliche Heredität, teils ein Auftreten der psychopathischen Äußerungen schon im Säuglingsalter auf, ohne daß für diese ein offenbar äußerer Anlaß nachgewiesen werden kann.

2. Die Ursachen beruhen vorwiegend auf einer Störung in der Verbindung zwischen den Individuen. Hierher gehören die meisten Fälle, und die Ursachen sind vor allem emotionaler Natur. Diese, gewöhnlich als Milieuschäden bezeichneten Fälle, findet man ausgesprochen bei gewissen abnormen Familienverhältnissen wieder, so bei dem einzigen Kind, dem Lieblingskind, dem gehaßten Kind und dem Scheidungskind. Bei der Beurteilung dieser Fälle bietet, nach meiner Erfahrung, ein Denken nach psychoanalytischen Richtlinien eine große Hilfe. In vereinzelten Fällen kann zweifelsohne bei älteren Kindern eine Analyse von Wert sein in der Voraussetzung, daß das Kind in seiner intellektuellen Entwicklung so weit gekommen ist, daß es einer Analyse zu folgen vermag. In den allermeisten Fällen muß indessen die Therapie vor allem auf die Umgebung des Kindes gerichtet werden und darauf hinausgehen, in geschmeidiger Weise gute Erziehungsbedingungen zu erzielen. Die Symptome sind größtenteils sekundärer Natur und die Therapie muß daher auch in natürlicher Weise via Eltern und Lehrer sekundär auf das Kind einwirken.

3. Die Ursachen sind auf eine krankhafte Störung bei einem anderen Individuum in der Familie zurückzuführen. Diese Gruppe hat begreiflicherweise gegenüber der vorhergehenden eine sehr fließende Grenze. Gewöhnlich handelt es sich hier um neurotische Störungen bei den Eltern, um unglückliche eheliche Verhältnisse u. s. w. In vereinzelten Fällen trifft man manifeste Geisteskrankheiten in der Umgebung des Kindes, in anderen Fällen mehr körperlich betonte Krankheiten mit Rückwirkung auf die Kinder. Mehr ungewöhnliche Beispiele der letzteren sind u. a. Basedow und andere endokrine Störungen mit Symptomen seitens des Nervensystems. Eine rationelle Therapie muß hier an dem richtigen Punkt einsetzen.

Zum Schluß will ich nur betonen, daß die Familienverhältnisse entschieden den wichtigsten Faktor für die Entstehung nervöser und psychischer Störungen beim Kind bilden. Ein Beleg hierfür sind die Zahlen, die man durch Gruppierung dieser Kinder nach ihren Familienverhältnissen bekommt. Eine derartige

Zusammenstellung aus der Beratungsstelle in Stockholm ergibt folgende Zahlen, die hier ohne jeden Kommentar und ohne Anspruch auf irgendwelchen Beweiswert wiedergegeben werden. Die Zusammenstellung betrifft das Jahr 1934 und umfaßt 405 Kinder. Von diesen waren 35% das einzige Kind, 28% das jüngste Kind, 21% das älteste Kind und 16% dazwischenliegende Kinder.

Über kleine Psychotherapie in einer psychiatrischen Kinderberatungsstelle

Von Privatdozent Dr. M. Tramer, Dir. d. kant. Heilanstalt in Solothurn

Der Rahmen der Psychotherapie in der Kinderberatungsstelle, über die im Nachfolgenden berichtet werden soll, ist insoferne ein besonderer, als die Organisation, zufolge der gegebenen Verhältnisse, ihre Eigenart hat. Über sie seien darum einige Worte eingefügt.

Die Beratungsstelle, welche — nebenbei erwähnt — privater Initiative und Finanzierung ihr Dasein verdankt, dient einem landwirtschaftlichen und industriellen, räumlich ausgedehnten Landgebiet (Kanton der Schweiz) mit über 140.000 Einwohnern, in dem sich 3 Kleinstädte befinden. Der fachärztliche Dienst wird in der Beratungsstelle durch den als Direktor der zugehörigen staatlichen (kantonalen) Heil- und Pflegeanstalt beamteten Psychiater versehen, wobei aber die Sprechstunden nicht in der Anstalt stattfinden. Durch diese Umstände ist es gegeben, daß die fachärztliche Tätigkeit zeitlich nur sehr beschränkt sein kann. Ihr Zentrum liegt in einer alle 2 Wochen im Kantonshauptort und alle Monate in einer der beiden anderen Städte abgehaltenen halbtägigen Sprechstunde. Eine ausgebildete Fürsorgerin, die voll angestellt ist, hält im ersteren Ort wöchentlich zweimal, im letzteren monatlich einmal Sprechstunde, die der Anmeldung der Fälle und der Beratung der einfacheren unter ihnen dient. Sie führt auch die Vorerhebungen durch, welche durch Haus-, Schulbesuche u. a. ergänzt werden, um derart die fachärztliche Arbeit vorzubereiten, für sie Zeit zu sparen und ist ferner Ausführungsorgan der fachärztlichen Anordnungen. Von einer Poliklinik im engeren Sinn unterscheidet sich die Beratungsstelle auch noch dadurch, daß medikamentöse Behandlung nicht ausgeübt, bezüglich dieser, wenn sie anzuordnen ist, mit dem jeweiligen Haus- oder sonst behandelnden Arzt in Verbindung getreten wird.

Das Hauptkontigent der Kinder, die der Beratungsstelle zugeführt werden, betrifft solche im schulpflichtigen Alter von 6 bis 14 Jahren. Wir wollen daher diesen unser besonderes Augenmerk zuwenden.

Aus diesen Vorbemerkungen geht hervor, und wir wollen es besonders betonen, daß wir hier eine Psychotherapie meinen, die bewußt und mit Nachdruck über das einzelne Kind hinaus sich erstreckt und die vorliegende Gesamtsituation nicht nur zu erfassen, sondern auch zu „bearbeiten" sucht.

Diese besondere Gesamtsituation eines Schulkindes ihrerseits ist ein Spezialfall jener allgemeinen Sachlage, die eigentlich stets in der Psychotherapie gegeben ist. Sie läßt sich als das Zusammen- und Ineinanderwirken dreier sie bestimmender, oder anders ausgedrückt, in ihren Aufbau, ihre Struktur eingehender Faktoren, bzw. Faktorengruppen auffassen. Es sind das: 1. die psychophysische Beschaffenheit des Behandlungsbedürftigen, die wir als den Persönlichkeitsfak-

tor oder kurz als Faktor „P" bezeichnen wollen, 2. die Familie als ein Bestandteil des Milieus und seiner Struktur, der Faktor „F", und 3. die extrafamiläre Milieubeschaffenheit und Struktur, der Faktor „EF". Die Aufgabe des Psychotherapeuten besteht dann im Einzelfall darin, diese drei Faktoren nicht nur ihrer tatsächlichen Gegebenheit nach zu erforschen, sondern auch ihre Bedeutung, ihre Wertigkeit für das Zustandekommen der Lebensschwierigkeiten, welche die Behandlung erforderlich machten, aufzusuchen. Die Lösung der Aufgabe ist oft schwierig und nur zu häufig in einer restlos befriedigenden Weise, bei den praktisch vorhandenen Verhältnissen, nicht möglich, aber sie muß stets tunlichst angestrebt werden, denn erst dadurch ist es uns gegeben, an welchen der drei Faktoren unsere therapeutischen Bemühungen wesentlich einzusetzen haben und daraus wieder, welches die voraussichtlichen prognostischen Aussichten sein dürften.

Allgemein läßt sich sagen, daß im vorschulpflichtigen, bzw. Kleinkindalter, je jünger das Kind ist umso mehr, der Faktor EF gegenüber den beiden andern zurücktritt, während ihm im Schulalter bereits eine mit dem fortschreitenden Alter wachsende Bedeutung zufällt, deren Wert im Jugendalter mehr oder weniger ruckartig steigt und dann weiter ihrem Höchstmaß zustrebt. Ohne Wechsel des Aufenthaltsortes ist seine Änderung durch den Psychotherapeuten gar nicht oder höchstens in geringem Maß möglich; die Forderung, die er daher grundsätzlich stellt, ist Anpassung an und Einordnung in seine Gegebenheit. Auch wenn ein solcher Wechsel vorgenommen wird, z. B. die Familie in ein anderes Quartier umzieht oder in eine andere Ortschaft, bleibt diese Forderung bezüglich des dadurch bedingten neuen EF bestehen. Wird dagegen das Kind in eine andere Familie, d. h. Pflegefamilie oder in ein Erziehungsheim u. ä. versetzt, dann gilt sie ebenfalls, gleichzeitig hat aber auch der Faktor „F" gewechselt. Bei seiner Wahl sollte, weil die genannte Forderung bleibt, auf die dadurch herbeigeführte Beschaffenheit von EF Rücksicht genommen werden. Denn immer handelt es sich dabei zumindest auch, wenn nicht hauptsächlich, um einen psychotherapeutischen Eingriff. Es ist gut, sich die Verhältnisse in dieser zunächst schematischen Weise klarzulegen, da damit gleichsam das Begriffsnetz in übersichtlicher Weise gegeben ist, in das dann die konkreten Maßnahmen im Einzelfall einzufügen sind.

Einen wichtigen Bestandteil der Behandlung in der Kinderberatungsstelle bildet das, was wir als psychische oder einfach als Entspannungstherapie bezeichnen möchten und auf deren Darstellung wir uns in dieser kurzen Abhandlung im Wesentlichen beschränken wollen. Diese Entspannung trifft im Schulalter Kind, Familie und Schule, bezieht sich also auf alle drei Faktoren, im vorschulpflichtigen Alter nur die Faktoren P und F, in der beruflichen Vorbereitungsphasen auch wieder alle drei, bloß daß hier der Faktor EF nicht mehr wesentlich die Schule, sondern das Berufsmilieu betrifft.

Eine große Gruppe von Kindern, der diese Entspannungstherapie sehr zustatten kommen kann, ist die der intellektuell Schwachbegabten, vornehmlich jener unter

ihnen, die zu den leichteren Graden gehören. Mit ihnen beschäftigt sich die Psychotherapie für gewöhnlich nicht, weil sie für sie nicht in Betracht kommen, indem sie entweder medizinischer, insonderheit endokriner Behandlung zugänglich, oder nachher dem Pädagogen, speziell dem Heilpädagogen zuzuweisen sind. Die Gesamtsituation jedoch, in der sie sich nicht selten befinden, erfordert Psychotherapie. Diese hat nun oft folgende kennzeichnende Beschaffenheit:

Das Kind, es sei ein Knabe, besucht die Normalschule. Er kommt nicht mit. Der Lehrer ist, ob seiner vergeblichen Bemühungen, mit der Zeit verärgert und dem Kind gegenüber gereizt; das Kind seinerseits verschüchtert, umsomehr als es ob seines Nichtkönnens auch körperliche Strafen absetzte, mit der Zeit verbittert und in Trotzeinstellung zu Lehrer und Schule, die sich schließlich unter Umständen in Schulschwänzen und Wanderungen Luft macht. Die Beziehung zwischen Schüler und Lehrer ist gestört, es besteht zwischen ihnen eine Spannung. Der Schüler klagt daheim über den Lehrer und dieser wieder beklagt sich bei der Schulbehörde über ersteren. Derart werden die Eltern aktiv hineingezogen. Die Entgegennahme und Aufnahme der Mitteilung, daß ihr Kind schwachbegabt sein soll, stößt zunächst bei ihnen auf mehr oder weniger heftigen Widerstand. Sie widersetzen sich der Ansicht von Lehrer und Schulbehörde, sind bereit den ersteren zu beschuldigen, daß er den Unterricht überhaupt nicht richtig zu erteilen verstehe, oder daß er „parteiisch" sei. Besonders dort, wo die Lehrerwahl auch unter parteipolitischen Gesichtspunkten erfolgt und der Vater des Kindes einer anderen Partei, als der des Lehrers angehört, bekommt das Wort „parteiisch" nicht nur den gewöhnlich von den Schulkindern gebrauchten Sinn, nämlich daß er die Reichen, die ihm Sympathischen, die Schönen vorzieht, oder die Mädchen den Knaben, sondern auch den des Politischen. In einem anderen Fall, wo solche Einwände nicht möglich sind, zieht man sich vorerst auf den schlechten Willen, die Faulheit des Kindes zurück, die an dem Mißerfolg schuld sein müssen und versucht, wenn Zuspruch und Aufmunterung nichts fruchten, durch allerhand drangsalierende Mittel das Kind zu einer Mehrleistung zu bringen, bevor man die Unfähigkeit des Lehrers beschuldigt. Ist man einmal so weit, so ist nun auch in beiden Fällen die Spannung zwischen Eltern und Kind und jene zwischen ihnen und dem Lehrer bzw. auch noch der ihm vorgesetzten Schulbehörde da. Der psychisch leidende Teil ist dabei in schwerster Weise das Kind. Es ist, können wir in einem physikalischen Bild etwa sagen, in ein K r a f t f e l d h o h e r S p a n n u n g eingeschaltet, was psychisch ungesunde Verhältnisse schafft. Sie können leicht zu Entladungen führen, deren Opfer in erster Linie das Kind ist, in welchem selber als Folge dessen eine Unruhe, Reizbarkeit, Trotzbereitschaft lebt, und das eine ungünstige Charakterentwicklung zeitigt, die seine Leistungsfähigkeit noch weiter herabdrückt. Wir können es in dem herangezogenen Bild auch so ausdrücken: Diese zu hohe Spannung im Beziehungsfeld der beteiligten Welt erzeugt im Kind selber eine ungesunde Spannung,[1]) die nach einem psychotherapeutischen Eingriff ruft.

Diesen leistet die Beratungsstelle, insofern ihr und besonders ihrem fachärztlichen Helfer, dem Psychiater, das nötige Vertrauen in dem Sinn geschenkt wird, daß ihre Tätigkeit nur von sachlichen, dem Wohl des Kindes dienenden Interessen geleitet werde. Die möglichst genaue körperliche und psychische Untersuchung des Kindes, die von Wohlwollen und Verständnis für die Beunruhigung,

---

[1]) Vgl. M. T r a m e r, Allgemeine Psychohygiene (Schweiz. Ztschr. f. Hygiene, 1931, insbesondere S. 27 u. 77).

Verängstigung und Enttäuschung der Mutter getragene Aussprache mit ihr, wenn tunlich auch mit dem Vater, die Aufklärung des Lehrers, und die darauf fußenden Vorschläge für die Weiterbehandlung sind die psychotherapeutischen Maßnahmen. Das Kind erhält schon meist dadurch, wie es untersucht wird, wie mit Ruhe und Einstellung auf sein Können bzw. Nichtkönnenwollen, nicht wie bisher bloß auf sein Nichtwollen eingegangen wird, und dadurch das Bestmögliche an Leistung aus ihm herausgeholt wird, eine Beruhigung, eine Hebung des Mutes. Damit erlebt es eine erste Lösung der Spannung, eine Entspannung. Über diesen Moment hinaus ist sie jedoch nur wirksam, wenn es fühlt, daß der Arzt und die Beratungsstelle ihm auch noch weiter beistehen werden.

Die Eltern erhalten eine sachliche Aufklärung. Diese schon wirkt etwas entspannend. Manchmal bringt sie die Lösung, wenn die Untersuchung aufzeigen kann, daß es sich um einen sogenannten Pseudoschwachsinn handelt, hervorgerufen durch eine schleichende körperliche Erkrankung, oder um chronische Folgen von früher erlittenen Unfällen, von Übermüdung u. a., oder um eine vorübergehende Auswirkung einer Entwicklungskrise. Dann wird die entsprechende medizinische Hilfe einzusetzen haben. Im anderen Fall heißt es die Eltern, wenn nötig unter Angehen wichtiger „Komplexe" dazu zu bringen, sich mit der Tatsache der Schwachbegabtheit abzufinden und derart innerlich zur Ruhe, zur Entspannung zu kommen und dem Kind, wie dem Lehrer gerecht zu werden. Die Versetzung des Kindes in eine Hilfsklasse, eine Spezialklasse oder eine Anstalt wird in einem Teil der Fälle nicht zu umgehen sein.

Die weiteren Resultate bei solchen Kindern lauten dann etwa: „Er ist (in der neuen Umgebung) aufgeweckter und fröhlicher; er fühlt sich dort sehr glücklich, da er seinen Fähigkeiten entsprechend behandelt und geschult werden kann", „wo er (ein 7 jähriger Knabe, der vorher log, entwendete und aus der Schule lief) sich gut hält".

Analoge Situationen ergeben sich auch, wenn die Intelligenz normal ist, es sich um neurotisch, neuropathisch, psychopathisch oder entwicklungsphasisch bedingte Schwierigkeiten handelt. Je nach dem Fall sind dann die psychotherapeutischen Maßnahmen. Entspannend wirkt da oft die psychiatrische Feststellung, daß eine charakterliche Entwicklungsverschiebung bzw. Hemmung vorliegt, die bedingt, daß das Kind in charakterlicher Beziehung noch im Spielalter ist, seinem Lebensalter und seiner Intelligenz nach der Normalschule zugehört. Die Lösung ist dann in einem Fall Rückversetzung in den Kindergarten, im andern die Aufklärung über die richtige pädagogische Behandlung in der Schule und in der Familie, sowie die periodische Behandlung durch den Facharzt. Manchmal muß, wenn das Hauptgewicht auf den Lehrer fällt, ein Wechsel der Klasse oder Schule vorgenommen werden, was allerdings nur in Orten mit mehreren Schulen möglich ist.

Es sei zu diesem Abschnitt ein Beispiel, bei dem die Einflußnahme auf den Faktor „F" in therapeutischer Hinsicht das Ausschlaggebende wird, ausführlich

dargestellt. Es ist umso wichtiger, als bereits 5 Jahre der Beobachtung zur Verfügung stehen. Im Februar 1930 wird ein am 2. XI. 1919 geborener Knabe in die Beratungsstelle wegen „Schulschwierigkeiten" gebracht. Die Eltern sind gesund, der Vater weichgeartet, verständig, die Mutter sehr ängstlich. Mit 1 Jahr wurde der Knabe geimpft, soll davon einen Hautausschlag bekommen haben, den er trotz Behandlung durch verschiedene Ärzte erst im 8. Jahr verlor. Wegen der Verbände, die er deswegen tragen mußte, ließ ihn die Mutter nicht mit den anderen Kindern spielen, aus Furcht er reiße sie ab; sie begleitete ihn auch zum Spielen, erlaubte ihm nicht, Kameraden ins Haus zu bringen. Während er daheim ein lieber Bub war und auf's Wort folgte, gerne bastelte oder der Mutter half, machte er auf dem Schulweg dumme Streiche (Steinewerfen, Läuten an den Hausglocken u. ä.). Kürzlich spielte er mit einem zerbrochenen Regenschirm und stieß ihn unvorsichtigerweise einem entgegeneilenden Kameraden in den Mund; vor zwei Tagen hing er sich an ein fahrendes Auto und wäre fast überfahren worden. Die Mutter bat den Knaben weinend, doch vorsichtig auf dem Schulweg zu sein. Er sei ihr um den Hals gefallen und habe gesagt: „Ich möchte gehorchen, wenn ich nur könnte". Die Mutter kann sich nicht erklären, warum der Junge, trotz täglicher Ermahnungen am Morgen und Mittag, ‚wenn er in die Schule gehe, solle er brav sein, nicht mit den Kameraden streiten, dem Lehrer Freude machen, gleich nach der Schule nach Hause kommen, im Unterricht gut aufpassen,' außerhalb des Hauses doch so sei. Jeden Morgen und Nachmittag frage sie ihn, wenn er aus der Schule komme, was der Lehrer gesagt, ob er seine Aufgaben gewußt habe, auf welchem Weg und mit wem er nach Hause gekommen sei. Der Junge muß jede Kleinigkeit erzählen. Er sei ein mittelmäßiger Schüler, der Lehrer klage über Necken und Ablenken der Kameraden. Der Knabe selber beklagt sich gegenüber der Fürsorgerin, daß er immer als der Täter angegeben werde, wenn in der Schule dumme Streiche verübt werden, er wisse nicht, warum er stets verdächtigt werde, obschon manchmal auch andere die Schuldigen seien. Die Schulaufgaben macht er gleich nach Rückkehr aus der Schule, dann geht er mit Kameraden spielen. Schläge bekomme er nicht, zur Strafe werde er manchmal ins Bett gesteckt. Nach dem erwähnten Autounfall wird ihm von den Eltern gedroht, er werde fortgetan, wobei die Mutter enttäuscht war, daß er sich nicht dagegen sträubte.

Da er auch „etwas nervös" schien, war die Mutter mit der psychiatrischen Untersuchung einverstanden. Diese ergab: Körperlich normal entwickelter Knabe in ordentlichem Ernährungszustand, innere Organe gesund. Reflexe sehr lebhaft; Muskelunruhe. Intelligenz dem Durchschnitt seines Alters entsprechend, im praktisch-technischen Denken besser als im abstrakten. Die Intelligenzleistungen leiden durch nervöse Unruhe, dadurch herabgesetzte Konzentrationsfähigkeit.

Die Streiche, die er verübt, sind im ganzen nicht schlimmer als sonst Bubenstreiche sind, nur häufen sie sich, bekommen durch die neurische Beschaffenheit einen besonderen Charakter. Auffällig sind sie aber relativ zu dem Verhalten daheim und dann ganz besonders zu der ängstlichen Einstellung der Mutter, so wie ihrer stets gespannten Erwartung, daß ihre immer wieder vorgebrachten Ermahnungen endlich den Erfolg bringen können, was nicht der Fall ist, wodurch Enttäuschungen entstehen und ihre ängstliche Spannung wächst, sie ihre Erziehungsmittel noch verstärkt. Sie merkt den circulus vitiosus nicht, auch nicht, daß der Knabe seine durch Wohlverhalten im Hause angesammelte neuromotorische Spannung, die durch seine neurische Beschaffenheit erhöht wird, draußen abreagiert, und daß sich davon bei ihm, infolge seiner Bewegungsbeschränkung bis zum 8. Jahr, ein früher nicht verbrauchter Vorrat entlädt.

Darauf wird sie nun aufmerksam gemacht, es wird ihr das in längerer Aussprache eingehend dargelegt und es wird ihr ein anderes Verhalten empfohlen: nicht so ängstlich sein, mit dem Jungen, aus dem Verständnis für seine Art und Situation, ruhig verhandeln, das täglich ängstlich gespannte Ausfragen lassen, ihn wie einen größeren, selbstverantwortlichen Knaben nehmen etc., Ferien auf dem Land bei Bauern mit körperlicher Beschäftigung werden empfohlen. Zur Dämpfung der neuropathischen Unruhe wurden noch eine entsprechende Diät und Bäder verordnet.

Die Mutter folgte dem Rat und es wurde besser; der Knabe wurde spontaner und offener ihr gegenüber, auch bezüglich der Vorgänge in der Schule und auf der Straße, er zeigte sich zugänglich und dankbar gegenüber den Eltern. In den Ferien arbeitete er bei Bauern, wo man in jeder Hinsicht mit ihm zufrieden war. In der Schule gab es, wenn der Lehrer die Zügel nicht locker ließ, keine besonderen Schwierigkeiten, außer daß er etwas schwatzhaftig und vorwitzig war.

März 1935 (zweite Untersuchung und Beratung) gibt er in der Schule zu besonderen Klagen keinen Anlaß, die Eltern aber beklagen sich, daß er sie anlüge, um sich Vorteile zu beschaffen.

Der Junge ist „Alleinkind", sein Kameradenbedürfnis muß er also ganz außerhalb des Hauses decken. Die Eltern sind aus Angst, er werde verdorben, darin zurückhaltend. Sein Lügen erscheint ihnen als charakterlich besorgniserregend.

Die erneute Untersuchung ergibt einen normalen Fortschritt der gesamten Entwicklung, die körperliche und psychische Pubertät hat eingesetzt. Der Vater wird, auch zuhanden der Mutter, über die Sachlage aufgeklärt und ihm gezeigt, daß sie nicht besorgniserregend sei. Seine Spannung, unter der er anfangs stand, löst sich sichtlich, er äußerte es spontan und freut sich, die Kunde der Mutter zu bringen. Diese soll sich mit den puberalen Selbständigkeits- und Ablösungsregungen des Jungen und seinem Durst nach Taten abfinden. Eine Gärtnerlehre, die er bald antritt, wird mithelfen. Außerdem wird die fachärztliche psychische Führung, so weit nötig miteingeschaltet, nachdem diesbezüglich mit dem Jungen bei der Untersuchung Kontakt genommen wurde.

In einer Anzahl von Fällen, vornehmlich bei charakterlich schwererziehbaren Kindern, insbesondere dann, wenn es — wie leicht begreiflich — eben häufig vorkommt, die Mutter selber neurotisch, neuropathisch oder psychopathisch ist, bedarf es für die Entspannug einer vorübergehenden Trennung von Mutter und Kind, je nachdem für mehr oder weniger lange Zeit. Sie wird zur unbedingten Notwendigkeit, wenn die immerwährenden Reibungen der beiden reizbaren und gereizten Wesen zu einer gegenseitigen Abneigung, gar einem Haß geführt hat, der aber nicht bemerkt oder eingestanden sein muß, weil dann die heftigen Entladungen geringsten Anlässen folgen und sich ein schlimmer circulus vitiosus entwickelt.

Die Trennung bringt nicht nur momentane Entspannung und nach und nach gefestigtere Beruhigung, sondern auch bald die Sehnsucht der Mutter nach dem Kind und umgekehrt.

Man erkennt aus diesen kurzen Darlegungen, welche große Bedeutung der Entspannungstherapie, wie sie hier aufgefaßt wurde, für die Psychotherapie in einer psychiatrischen Kinderberatungsstelle zukommt. Es ist nicht schwer zu sehen, daß damit ihr Anwendungsgebiet nicht erschöpft ist.

KINDERSPIELE

Das produktive Kinderspiel in der psychotherapeutischen Praxis

Von Hans Zulliger in Ittigen (Bern)

Es gibt Kinderspiele, die von einzelnen Kindern oder von Kindergruppen gespielt werden. Bei beiden Spielgattungen können wir „reproduktive" und „produktive" voneinander unterscheiden.

Als reproduktive bezeichnen wir solche Spiele, bei denen bestimmte, meist von Erwachsenen festgelegte Regeln gelten, und die gewöhnlich ein ganz besonderes Spielmaterial bedingen.

Am produktiven Spiel ist charakteristisch, daß es vom Kind, manchmal auch von einer Kindergruppe frei erfunden wird. Es ist vom Spielzeug weniger abhängig als das reproduktive, und es entspringt der schöpferischen Phantasie der Spielenden. Nicht selten erfährt es nach und nach allerlei Variationen, das Kind gestaltet es aus und schafft Regeln dafür, die gelegentlich zwangsneurotischen Zeremoniellen ähnlich sind.

Ein elf Monate altes Mädelchen, das eben von der Mutterbrust entwöhnt worden ist, hat plötzlich die zum Strümpfeflicken verwendete Holzkugel entdeckt und erfindet folgendes Spiel damit, mit dem es sich während einer Wochen dauernden Zeit oft stundenlang unterhalten kann: Das Kind ergreift die Kugel, führt sie an den Mund, schmatzt daran, dann rollt es sie in die Stube hinaus. Es schaut ihr mit betrübtem, sehnsüchtigem Blick nach und läßt einen Laut hören, der deutlich dem Bedauern und der Enttäuschung Ausdruck gibt. Hierauf wird der Kugel eiligst nachgekrochen, und wenn sie gefaßt worden ist, gibt das Kind seine Befriedigung durch eine Art Glucksen und lächelndes Girren kund. Das Spiel beginnt jetzt aufs Neue. Es handelt sich hier um ein produktives Einzelspiel.

Mütter und Erziehungspersonen haben die heilende und vorbeugende Bedeutung des produktiven Kinderspiels längst erkannt, bevor die Kinderpsychotherapie etwas davon wußte. Man verwendete allerlei Spielmöglichkeiten bei der Aufziehung der Kinder aus der praktischen Intuition, ohne sich darüber theoretische Gedanken zu bilden. Spiele wurden und werden in der Kinderstube hauptsächlich zur „Ablenkung" benutzt. Recht häufig hat man damit Erfolg, wenn es gilt, einen Sprößling von einer schlechten Gewohnheit zu „heilen". So sah ich einst, wie eine Mutter ihrem kleinen Buben, der ein Lutscher war, eine farbige Zelluloidkugel an einem Bindfaden vors Bettchen hängte. Der Junge brauchte nun vor dem Einschlafen seine Händchen, um nach dem Spielzeug zu greifen, und allmählich „vergaß" er das Lutschen. Eine andere Mutter besaß eine Dreijährige, die sich nicht zur Reinlichkeit entschließen wollte und darum in die Erziehungshilfe gebracht werden mußte. Der Helfer benutzte ein Spiel, um das Ziel zu erreichen. Er hatte am Kind allerlei Züge von Trotz gegen die Mutter entdeckt. Es wurde mit einer größern und einer kleinern Puppe gespielt. Die größere war die „Mutter", die kleinere deren „Kind". Das Kind wurde zunächst „Mariechen" getauft. So hieß das Mädelchen. Die ersten Spiele enthielten dargestellte Rachephantasien und Aggressionen „Mariechens" auf die Mutter. Dann kam eine kleine Spielzeugtasse ins Spiel, die im Zimmer lag, das war „das Töpfchen". „Mariechen" sollte aufs Töpfchen, aber es wollte nicht und wurde von der „Mutter" bestraft. Das Kind wehrte sich für Mariechen. Der schlimmen „Mutter" wurde der Porzellankopf zerschlagen. Nun war keine Mutter mehr beim Spiel, und das Kind hatte auf einmal den Einfall, es wolle selbst die Mutter spielen, der Helfer sollte der „Va-

ter" sein. Jetzt wurde vorerst das „Kind" (die kleine Puppe) umgetauft. Es erhielt den Namen einer Spielkameradin der Kleinen, mit der sie sich oft stritt. Das „Kind" mit Namen „Erika" wurde jetzt zum „schlimmen Kind", das nicht aufs „Töpfchen" sitzen wollte. „Vater" und „Mutter" berieten sich, was mit „Erika" anzufangen sei. Da machte der „Vater" der „Mutter" den Vorschlag, sie solle halt dem schlimmen Kind vormachen, was es zu tun habe. Das geschah, wurde oft wiederholt, „Erika" wurde nach Hause mitgenommen, dort konnte in ähnlicher Weise gespielt werden, und so gewöhnte sich die Dreijährige in kurzer Zeit zur Reinlichkeit.

Schon hier muß darauf hingewiesen werden, daß die Verhältnisse nicht immer so einfach liegen. Damit ein Spiel psychotherapeutische Wirkung erlange, muß es seinem Sinn nach durchschaut und sukzessive zielbewußt abgeändert werden.

Allen produktiven Spielen eignet eine Symbolik, die der Traumsymbolik und derjenigen der neurotischen Symptome verwandt und gleichzusetzen ist.

Betrachten wir beispielsweise das Strumpfkugelspiel, von dem oben die Rede war. Das kleine Mädchen spielt „Entwöhnung von der Mutterbrust", bzw. es sucht das Entwöhnungstrauma zu bewältigen. Die Brust ist durch die Kugel ersetzt worden. Dafür gibt es mehrere Indizien. Zum Spielzeremoniell haben wir vernommen, daß die Kleine die Kugel an den Mund nimmt und daran schmatzt, bevor sie weggetrieben wird. Man könnte einwenden, das sei kein besonderes Zeichen dafür, daß mit der Kugel die Brust gemeint sei, weil Kinder überhaupt alles in den Mund nehmen. Aber die Mutter versichert uns, daß das Kind seinerzeit an der Brust genau gleich geschmatzt habe und nach jeweiliger Sättigung seiner Befriedigung durch Glucksen und Girren Ausdruck gab. — Das Kind, könnte man sagen, „gewöhnt" sich mit dem Spiel an das Verlieren der Mutterbrust. Es lügt mit dem Spiel die Wirklichkeit um. In der Realität ist das Mädelchen einer Maßnahme der Mutter unterlegen. Im Spiel beherrscht es selber die Situation. Es treibt die Kugel fort (= es weist die Brust von sich, sie wird ihm nicht genommen), und wenn es will, so kann es die Kugel wiederum fassen. Durch das Mittel einer „heroischen Lüge" gelingt es dem Kind, von sich aus auf die Mutterbrust zu verzichten, und sich auf diese Weise der Wirklichkeit zu bemächtigen. Das passive, angsthafte Erleben des Entwöhnungstraumas wird durch aktives Handeln ersetzt, was für das nichtmasochistische Kind immer lustbetont ist.

In diesem Zusammenhang möchte ich über ein produktives Gruppenspiel berichten. Eine Dame erzählt, daß sie zur Kirschenzeit noch jetzt die Gewohnheit habe, stundenlang einen Kirschenstein im Mund aufzubewahren. Sie erinnert sich, daß sie dies, gemeinsam mit drei Schwestern und einem ältern Bruder, schon im Schulalter machte. Es war eine Art Wettspiel: wer seinen Stein am längsten behalten konnte, ohne daß man es beim Reden merkte, wurde „Sieger".

Dieses Spiel war der Überrest eines anderen, älteren. Wenn die Kinder Kirschen erhielten, so setzten sie sich damit auf ein Mäuerchen vor dem elterlichen Haus. Dort wurden die Früchte unter Wahrung gewisser Regeln verzehrt. Es handelte sich darum, 1. die Kirschensteine möglichst weit auf die Straße hinaus zu spucken, oder 2. in kürzester Zeit eine gewisse Anzahl zu verzehren, ohne die Steine zu verschlucken, oder 3. möglichst schnell eine Kirsche am Stiel mit den Lippen zu erfassen und in den Mund zu ziehen, ohne die Hände zu brauchen, das Fruchtfleisch abzunagen, ohne Stiel und Stein ganz zu trennen, und den Stiel am Stein wieder zwischen den Lippen zu halten, oder 4. möglichst viel Kirschensteine im Mund zu behalten und auf einmal mit großem Gepuste auszuspucken.

„Es kann wohl nicht von ungefähr sein", berichtet die Dame, „daß mir im Ge-

danken an diese Spiele Erinnerungen an ein noch früheres auftauchen. Es handelte sich auch hier um einen Wettstreit mit dem etwas älteren Bruder."

Die Kinder „wollten sehn, wer seinen U r i n am weitesten wegspritzen konnte, oder wer am meisten produzieren konnte, oder wer bei diesen Vorgängen am meisten Lärm machen konnte; es konnte auch geforscht werden, wer am höchsten urinieren konnte, was sich an der Mauer kontrollieren ließ. Nicht in allen Fällen mag der Bruder den Wettstreit gewonnen haben!"

Das Spiel mit den Kirschensteinen, als dessen Rest das lange Immundbehalten eines Steines übrig geblieben ist, bedeutet einen Ersatz für das vorher gebräuchliche Urinspiel. Dieses war von den Pflegepersonen verboten worden. Neid auf den Bruder liegt an der Wurzel dieser Spiele, die sich auch auf das A n a l e beziehen (Menge der Produktion). Später nahmen die Kirschenspiele Züge mehr g e n i t a l e n Inhaltes in sich auf, und die Analyse ergab, daß das lange Immundbehalten eines Kirschensteines für das heranwachsende Mädchen den fiktiven Besitz eines Penis bedeutete. Auch diese Gruppenspiele dienen der A n g s t b e w ä l t i g u n g, bzw. A n g s t v e r m e i d u n g.

Die beiden Berichte über ein produktives Einzel- und Gruppenspiel sind deshalb mitgeteilt worden, weil solche Beobachtungen die Grundlage bilden für das Verständnis, das der Kinderpsychotherapeut sich erwerben muß, wenn er derartige Spiele in der Behandlungsstunde verwenden will.[1])

Besonders dann, wenn kleine Kinder bis zu 9 Jahren wegen dissozialer Erscheinungen, Erziehungsschwierigkeiten, Lernhemmungen usw. in die Behandlung gebracht werden, läßt sich oft rasch mit der „Spieltechnik" vorwärtskommen. Dazu ist es notwendig, daß der Erziehungshelfer oder Kinderpsychotherapeut über eine S p i e l z e u g k i s t e verfügt. Darin müssen größere und kleinere Puppen, zerreißbare metallene Gliederpuppen, Teddibären, Stoff- und Lehmtierchen, allerlei Baukastenhölzer, Tuchstücke, kleine Kissen, primitive Holzeisenbahnen, Plastilin, Farbstifte, eine Schere, Papier zum Zeichnen und Schneiden, auch Bilderbücher usw. vorhanden sein.

Man überläßt dem Kind die Auswahl der Spielzeuge und verhält sich zunächst p a s s i v. Das will nicht heißen, daß man (wie bei der Assoziationstechnik) langezeit nichts zum Kind sagt. Aber man schlägt ihm weder das Spielzeug noch das Spiel vor.

In der ersten — oder den ersten — Stunden dient die Spielzeugkiste und ihr Inhalt ausschließlich der Anbahnung einer günstigen Ü b e r t r a g u n g. Man setzt sich zum spielenden Kind auf den Teppich, wenn man nicht Gelegenheit hat, im Freien, etwa im Garten mit ihm zu spielen. Meist macht das Kind unaufgefordert schon recht bald bestimmte Vorschläge, was gespielt werden soll.

Sobald man das Spiel verstanden zu haben glaubt, muß man sich durch irgendwelche a k t i v e n E i n g r i f f e versichern, daß man sich nicht geirrt habe, solange, bis die Vermutung zur Gewißheit wird, oder bis man merkt, daß man sich getäuscht hat. Bei einiger Übung irrt man sich selten. Denn meist sind die Spiele einfach und klar, klarer als die Assoziationen der Erwachsenen in der Analyse. Oft kann man schon in der ersten Stunde vermittelst eines Spieles erraten, wo der H a u p t k o n f l i k t liegt.

---

[1]) Über die Verwendung von produktiven Spielen bei Auflösung einer Hundephobie eines Mädchens berichtete ich 1924 vor der Schweiz. Ges. f. Psychoanalyse. Hinweise sind ferner publiziert worden in meinem Buch „Gelöste Fesseln" (Dresden, 1927) und in mehreren Aufsätzen. Siehe auch Anna F r e u d „Kinderanalyse", Wien, 1927, sowie Melanie K l e i n „Die Psychoanalyse des Kindes", Wien, 1932.

So brachte mir jüngst eine Mutter ihre 7½ j. Tochter wegen Lernstörungen in die Behandlung. Die Spielzeugkiste stand bereit, auch Bilderbücher und Schulbücher.

„Kennst du das Buch da?" wurde das Mädchen gefragt, indem ich es auf das Erstklass-Lesebuch, das es in der Schule benützen muß, aufmerksam machte.

Das Kind rümpfte das Näschen. „Mm — ich kenne das schon. Aber was ist da in der Kiste?"

„Schau doch mal nach!"

Jauchzend leerte das Mädelchen die Kiste aus. Dann nahm es zwei große und einen kleinen Kegel: „Das ist der Papa, das ist die Mama, und das bin ich. Wir gehen jetzt schlafen!" Die Kleine ergriff ein Kissen von der Chaiselongue. „Das wäre das Bett. Und das Tischtuch — darf ich es nehmen? — das ist die Decke. So!" Sie legte zuerst den Papa hin, dann sich, und zuletzt die Mama auf die andere Seite, sodaß das Kind in die Mitte zwischen beide Eltern zu liegen kam. Ich vermutete, das Kind wolle eine Situation aus dem Elternhaus darstellen. Um mich zu vergewissern, ergriff ich ein anderes Kissen und sagte: „Schau, das Miggeli muß ein eigenes Bettchen haben!" Ich legte einen Holzstab zwischen das elterliche und das Kinderbett. „Und auch sein eigenes Zimmer muß es haben, da ist die Wand!" Das Mädchen riß die „Wand" weg und rief eifrig: „Du bist ein Dummer! Miggeli will bei den Eltern schlafen!" Es legte das „Kind" wieder zwischen die großen Kegel. „Sonst hat es kalt!"

„Wir können es ja gut zudecken!" erwiderte ich, und ergriff ein drittes Kissen, dann legte ich den kleinsten Kegel ins „Kinderbettchen" zurück.

„Nein, es will viel lieber bei den Eltern schlafen. Sonst hat es Angst. Es könnte ein Einbrecher kommen!"

„Gut, dann legen wir Miggeli wieder zu den Eltern!"

Ich legte den kleinen Kegel hinter die Mutter.

„So ist es nicht recht!" belehrte mich das Mädelchen und legte das „Kind" wiederum in die Mitte. „So gibt ihm der Papa warm und gibt ihm die Mama warm!"

Ich legte die „Eltern" weit vom „Kind" weg.

„Laß doch!" zischte mich die Kleine an. „Der Papa und die Mama müssen ganz eng am Miggeli liegen, damit es sie fühlt. Sonst glaubt es, sie sind nicht mehr da. Und Miggeli hätte Angst, daß sie nicht zurückkommen!"

Es stellte sich heraus, daß das Kind wirklich zuhause hatte durchsetzen können, zwischen den Eltern zu schlafen. Die Lernstörung hatte den Zweck, den Vater an den Abenden zuhause zu behalten: er sollte mit der Kleinen „lernen", Aufgaben machen. Dahinter lagen Eifersüchte gegen Mutter und Vater und ein „vollkommener" weiblicher „Oedipus". Das Kind wollte nicht nur die Eltern trennen, die Mutter beseitigen, sondern zugleich beide besitzen. Die Lernstörung war schon ein sekundäres Gefüge über dem ursprünglichen Konflikt, der im ersten Spiel in der Behandlung zum Ausdruck kam.

Ein anderes Mädchen wurde wegen einer Reihe von Symptomen in Behandlung gegeben. Es redete nicht mehr, seine Schulleistungen waren in besorgniserregendem Maß zurückgegangen, nur strengste Aufsicht und ein genauer Beschäftigungsplan brachten es dazu, einigermaßen reinlich und ordentlich zu sein; es erschreckte durch eine handgreiflich-stürmische Zärtlichkeit und eine abnorme „Freßsucht".

Sein erstes Spiel vollzog sich im Garten am Lehmkübel. Es wurde mit der Hand ein „Kuchen" zurecht „getätschelt". Später wurde der Lehm zwischen den Fingern gepreßt, und die ersten Worte, die das Mädchen sprach, lauteten: „Schau, wie das . . .!" (Ortsüblicher Ausdruck für defäzieren.) Gestützt auf die Beobachtung bei

Spielen mit Lehm und Erde kam heraus, daß zuhause allzustark auf Reinlichkeitsgewöhnung gehalten wurde, und es war daher nötig, die Mutter zu veranlassen, „vorläufig" den schönen Beschäftigungs-Stundenplan aufzuheben und die Kleine möglichst bei „dreckigen" Spielen schalten und walten zu lassen.

Jetzt zeigte sich der erste Teilerfolg. In dem Maß, wie das Mädchen unordentlich und unsauber sein durfte — als es sich traute, schmutzig zu sein — fing es wieder an zu reden, wurde fröhlicher, aufgeschlossener. Es gab nun seinem Zärtlichkeitsbedürfnis mehr und mehr mit Worten, statt mit Umarmungen und dgl. Ausdruck.

Nach einer geraumen Zeit, während der mit Tubenfarben geschmiert und eine Menge anderer „analer" Spiele betrieben wurde, fing die Kleine ganz von selbst an, zu „ordnen": Farbflecke, Blumen, Fläschchen usw. mußten bestimmte Plätze einnehmen. Das Mädchen hatte in der Behandlung gleichsam im abgekürzten Verfahren eine Entwicklungsphase nachholen müssen, woraus sich dann reaktiv Ordentlichkeit und Sauberkeit ergaben: eine Zeit des ungehemmten Schmierens, die es zuhause nie hatte erleben dürfen.

Über den Zusammenhang und die Ursachen der Freßsucht kam erst später etwas an den Tag, als die Schmierspiele schon zivilisierteren Platz gemacht hatten. Das Mädchen schnitt stundenlang menschliche Figuren aus, die es dann als seine Kinder, oder als die einer Hexe bezeichnete. Nachher schnitt oder riß es den Hexenkindern die Köpfe ab. Damit zeigte es deutlich die Ambivalenz gegenüber den Geschwistern und der Mutter und den eigenen Wunsch nach vielen Kindern; nun füllten Puppenspiele die Behandlungsstunden. Einmal wurden aus Äpfeln Scheiben geschnitten und die Puppenkinder und die Puppenmutter gefüttert. Dabei äußerte sich das Mädchen: „Gib der Mutter nicht viel zu essen, sonst wächst ihr ein neues Kindlein unter dem Herzen!"

Das Mädchen beschäftigte sich also, gestützt auf eine teilweise Sexualaufklärung, die es vor der Geburt des jüngsten Brüderchens von der Mutter erhalten, mit der Frage der Zeugung. Die phantasierte Antwort darauf lautete: „Das Kind kommt in die Mutter, indem sie viel ißt!"

Auf sich selber bezogen — auf seinen mächtigen Wunsch nach vielen Kindern — ergab sich für das Mädchen der Freßzwang. Daran wurde ein Detail von Bedeutung: als das Mädchen in einer Ferienkolonie war, naschte es nicht und zeigte auch keinen unstillbaren Hunger. Der Freßzwang äußerte sich also nur zuhause. Es zeigte sich anhand der Eßspiele, daß der Mutter diejenigen Speisen geraubt werden sollten, von denen das Mädchen glaubte, sie hätten die Entstehung eines Babys zur Folge („orale Konzeption"). Es mußte hier ein weiteres Stück Sexualaufklärung gegeben werden, das die Phantasie richtigstellte und eine „Aussöhnung mit der Mutter" anbahnte.

Nachher verlor sich die Freßsucht — und wie die Kleine normal zu essen begann, nahm ihr Körpergewicht zu. Vorher war sie trotz der Menge verschlungener Speisen „unterernährt" gewesen.

Zur Deutungstechnik in „Spielanalysen" ist zu sagen, daß sie vorsichtig dosiert werden muß. Es ist besser, wenn das Kind selbst zur Deutung kommt, sonst entsteht entweder etwas nur Intellektuelles daraus — dann „wissen" die Kinder alles, aber sie ändern sich nicht — oder die Deuterei wird überhaupt nicht verstanden und akzeptiert. Es gilt auch bei der Spieltechnik, die Widerstände sukzessive abzubauen und immer nur soviel zu deuten, als „vorbewußt" geworden und akzeptierbar ist. Wer das nicht fühlt, deutet lieber überhaupt nicht. Bei Kindern muß man noch vorsichter sein als bei Erwachsenen.[1])

---

[1]) Ich halte für vollkommen irrig, daß man „sich mit dem Unbewußten

Oft haben Spielzeuge und Spiele eine Heilwirkung, ohne daß dem Kind bewußt gemacht wird, warum das Spielzeug überreicht oder das Spiel vorgeschlagen worden ist.

Eine Achtjährige produziert plötzlich einen Pavor nocturnus, der sich während einigen Nächten wiederholt.

Die Kleine erzählt uns von Träumen, die sie erschrecken: „Ein böser Mann mit einem weißen Umhang steigt zum Fenster hinein." Sie schaudert. „Er trug ein blitzendes Messer und wollte auf mich losgehn!" — „In einem weißen Umhang?" wird gefragt, um damit Assoziationen hervorzulocken. — „Ja, weißt du, es war so ein Umhang, wie ihn der Coiffeur trägt. Oder wie man ihn beim Zahnarzt sehen kann." — „Warst du beim Zahnarzt?" — „Ja!" — „Hat er dir weh getan?' — „Nein, er hat mir nur die Zähne nachgesehen. Aber in einem Glasschränklein lagen blitzende Zangen und Scheren und Messer, oder etwas Ähnliches!" — „Und davor hattest du Angst?" — „Ich dachte, damit könnte er einem wehtun. So war es auch beim Arzt, der mir einmal die Mandeln geschnitten hat. Damals hatte ich Angst, große Angst!" — „Erzähle mir noch etwas darüber, wie war's denn?"

„Aus dem Nebenzimmer kam plötzlich eine weißgekleidete Frau, die hielt mir die Hände, ich konnte mich nicht wehren."

„Und du befürchtest, es könnte jemand bei deinem Fenster einsteigen? Hat denn schon jemand den Versuch gemacht?"

„Nein, aber meine Freundin hat mir erzählt, daß jemand an einem Samstag in der Nacht am Fenster ihrer großen Schwester gerumpelt hat. Aber ihr Vater hat es gehört und hat ihn vertrieben!"

Wir wissen jetzt eine ganze Menge Zusammenhänge: Daß der Mann im Traum eine Mischfigur bedeutet, zusammengesetzt aus dem Coiffeur, der dem Mädel die Haare schneidet, dem Arzt, der die Mandeln operierte, dem Zahnarzt und der Krankenschwester. Daß die Angst „Kastrationsangst" ist, Angst vor Körperverstümmelung und Vernichtung, und daß sie wahrscheinlich durch die Erzählung der Freundin akut geworden ist. Daß die Angst außerdem dem Wunsch entspricht, daß ein Mann, der Vater, zur Abwehr des Einbrechers ins Zimmerchen der Kleinen komme, und wir kennen die Gründe eines solchen Wunsches. Aber wir deuten dem Kind gar nichts. Ihm soll möglichst rasch geholfen werden, und da wir vermuten, der Pavor sei als unbewußter Mechanismus noch nicht zu sehr im Unbewußten verankert, versuchen wir es mit einem „magischen" Mittel.

Wir veranlassen den Vater, seinem Töchterchen einen Stoffhund zu kaufen und sagen ihm ungefähr Folgendes: „Schau, da hat dir dein Vater einen Hund gekauft, der hat Augen, die sehen auch in der Nacht, guck mal her wie sie glänzen! Den kannst du mitnehmen und aufs Tischchen, neben deinem Bettchen stellen. Er hält dann Wache, wenn du schläfst. Und darum kannst du ganz ruhig schlafen!"

Die Suggestion mit dem Spielzeug wirkte, und es ist zu hoffen, daß die „Heilung" andauert. Wir sind uns bewußt, daß ein „Fetisch" nicht immer erfolgreich wirkt, aber gegebenenfalls darf der Versuch damit gemacht werden.

Spiele sind ganz besonders auch dazu geeignet, gewisse Triebstauungen abzuführen. Das konnte schon beim Beispiel der Kirschensteinspiele erraten werden, wo auch ersichtlich ist, wie sich Spiele von gröberen zu sublimierteren entwickeln. Es gilt in einem Fall von Triebstauung, einem Kind solche Spiele vorzuschlagen, die lösend wirken.

---

des Patienten direkt in Verbindung setzen" kann durch grobe und unmittelbare Deuterei, wie sie Melanie Klein empfiehlt. (Op. cit.)

Einem 12 jährigen Buben mit außerordentlicher Aggressivität konnte geholfen werden, daß man ihm vorerst eine sogenannte Knallfixpistole verschaffte. Nachdem ihn die Knallerei zu langweilen begann, wurde ihm vorgeschlagen, er könnte sich eine Armbrust zurechtzimmern. Das machte er mit vielem Vergnügen und fand am Schnitzen so viel Freude, daß er nachher ein „Gemüsetheater" (eine Art Kasperltheater) zurechtschnitt, um dann die Kameraden, die er zuvor nur verprügelt hatte, als Zuschauerpublikum einzuladen. Die Aggressionen besorgte jetzt der Kaspar, der die Puppen totschlug, ihnen die Augen ausriß, usw. Der Schub von Aggressionslust hatte sich aus seiner rohen Form in eine sozial wertvolle verwandelt.

Es sind in diesem Aufsatz eine Reihe von Möglichkeiten gestreift und skizziert worden, wie das produktive Kinderspiel als Hilfsmittel der Kinderpsychotherapie verwendet werden kann. Wir hielten uns dabei an Beispiele aus der Praxis, und wir sind uns bewußt, daß wir das Theoretisch-Systematische vernachlässigten. Immerhin ist das Hauptsächlichste darüber erwähnt worden. Der Kinder-Psychotherapeut, der die Spieltechnik mitverwendet, muß einfach die Augen offen halten, und wenn er eingreift, wissen, was und warum er etwas tut. Fehlen ihm Einfühlung, Anpassungsfähigkeit und Einfälle, dazu der fröhliche Ton, den man bei Kindern braucht, so wird er mit der Spieltechnik wahrscheinlich nichts anfangen können. Aber ich vermute, daß ihm, falls ihm die aufgezählten aktiven Eigenschaften mangeln, auch andere Methoden kaum nützen werden.

Ein blindes Kind, das „Sehen" spielt

Von Prof. Dr. Arthur Kronfeld in Berlin

Einen tiefen Eindruck hinterließ mir die Untersuchung der 5½ jährigen blindgeborenen Edith Tsch., deren Eltern, einfache Stadtrandsiedler, mich mit ihrem einzigen Kind aufsuchten, um zu hören, ob es tatsächlich keine ärztliche Möglichkeit gebe, dem Kind zum Augenlicht zu verhelfen. „Es spielt nämlich jetzt immer, es kann sehen, — und das schneidet uns so ins Herz". Leider mußte meine Antwort verneinend ausfallen: es lag eine angeborene Opticusatrophie vor, mit rechts persistenter Arteria hyaloidea, also wohl eine kongenitale Entwicklungsstörung. Beide Augen waren absolut lichtstarr bei vorhandener Konvergenzreaktion, doch kamen Konvergenz- und Fusionsbewegungen nur zufällig und gelegentlich zustande; die Bulbi wurden unabhängig voneinander bewegt. Am Zentralnervensystem bestand kein organischer Krankheitsbefund.

Das wohlgebildete, hübsche und geistig rege Kind hatte seine eigene räumliche Gegenstandswelt auf den ihm zugänglichen Empfindungsgrundlagen ausgezeichnet entwickelt: es bewegte sich mit voller Sicherheit und Leichtigkeit im Raum.

Erstaunt war ich zunächst, als Edith auf die Bemerkung der Mutter, das Kind sei blind, ihr recht entschieden ins Wort fiel: „Ist nicht wahr! ich bin nicht blind." Auf meine Frage: „Was ist denn das, blind sein?" sagte sie prompt: „da kann man nichts sehen." Und auf die weitere Frage: „na, und Du?" antwortete sie: „ich seh' doch Alles". Ich stellte zunächst, ohne dazu ein Wort zu äußern, fest, daß diese Antwort objektiv nicht stimmen konnte. Edith sah auch keinen Schein, worauf ja schon die absolute Reaktionslosigkeit der Pupillen hinwies. Aufgefordert, das Aufleuchten und Erlöschen einer geräuschlosen Taschenlampe mit den Worten „hell" und „dunkel" zu begleiten, versagte Edith völlig; ebenso wenn sie nach der genannten Lichtquelle greifen sollte. Das gleiche ergaben natürlich auch die Prü-

fungen, die das Sehen von Gegenständen usw. betrafen. Umso merkwürdiger war das folgende Verhalten: „Also kannst du wirklich sehen?" „Natürlich, ich seh' alles." — „Wie macht man denn das — Sehen?" „Na mit dem Kopf und den Augen." — „Nun, dann sieh einmal auf die Lampe." Edith dreht den Kopf nach oben und zeigt mit dem Händchen irgendwohin in die Mitte des Zimmers. — „Sieh einmal die Tür an." Edith läuft zur Tür, schlägt an dieselbe und sagt: „da ist sie". „Sieh Mutti an." Edith läuft von der Tür zur Mutter.

Die Schilderung sei nicht weiter ausgesponnen, es genügt, daß das Kind dauernd — teils in spielerisch-schelmischer, teils in trotzig-entschiedener Haltung — dabei verblieb, es könne „Alles sehen". Es brauchte in diesem Zusammenhang sogar die Worte „schwarzes Haar" (von der Mutter, richtig) und „weißes Kleidchen" (ebenfalls richtig). Da natürlich die entsprechenden Empfindungsqualitäten fehlten, so handelte es sich um einfache Übernahme der Worte in diesem Zusammenhang — offenbar nach früheren Äußerungen der Mutter. Interessant und erstaunlich war lediglich die sinnvolle Übernahme dieser Worte zur Stützung der Tendenz Ediths: ich kann sehen wie ihr auch.

Was liegt in diesem Fall „hinter" dem Verhalten des Kindes? Edith hat, als blindgeborenes Kind, natürlich nicht die geringste Vorstellung von der optischen Welt, vom Licht usw., und von dem, was das eigentlich ist: Sehen. Das sind ursprünglich für sie sinnleere Worte. Sie hat auch keinerlei gefühltes Wissen um einen Defekt, um etwas, was ihr versagt ist. Sie ist in ihrer Art gesund entwickelt und sich selbst genügend. Warum also spielt dies 5½ jährige Geschöpfchen „Sehen" — oder fingiert mit solcher Geschicklichkeit, wie geschildert, ein „Sehen", das ihr doch etwas völlig Sinnloses sein muß? Es ist keine Frage, daß die Außenwelt, die ärztlichen Untersuchungen, das tiefe Mitgefühl der Mutter — „das arme Kind, es ist blind, es kann nicht sehen" — an das Selbstgefühl des Kindes eine gewisse Erschütterung herangebracht haben. Es weiß zwar nicht, was „blind" ist, was „Sehen" ist; es bemerkt durch die ärztlichen Untersuchungen usw. bloß, daß das etwas sein muß, was mit dem Kopf und den Augen zusammenhängt, und daß man ihm das nicht zutraut. Und nun wehrt es diese Imputation eines Minus, einer Schwäche ab, in einer Art von spielerischer und doch sehr ernstgemeinter Trotzhaltung. „Ich bin genau so gut wie ihr" — das soll diese Haltung demonstrieren — und verwirklichen. Da es nicht weiß, was „Sehen" ist, aber dem Sinn meiner (und der mütterlichen) Aufforderungen entnimmt, daß es eine Bezogenheit von „Kopf und Augen" auf das Dasein von erfragten Gegenständen in der Umwelt ist, so stellt es diese Bezogenheit motorisch her; und indem es sie herstellt, kann es „sehen" (nämlich was es für „Sehen" hält, vollziehen); und so hat es in seiner eigenen Vorstellungswelt völlig recht.

Kann man dies Verhalten als neurotisch bezeichnen, nämlich als Überkompensation eines Mangels? Ich glaube nicht! Es wird ja gar kein Mangel empfunden; es besteht ja gar kein Mangel für das Selbsterleben des Kindes; es besteht auch keine Vergleichssituation, aus der für sein Erleben folgt: da kann jemand etwas, was ich nicht kann, aber können will. Es handelt sich ebenfalls nicht um eine suggerierte oder selbstsuggerierte Phantasieleistung, die als ein „Sehen" ausgegeben wird: denn da das Kind keinen Sinn mit dem Begriff „Sehen" verbinden kann, so kann es auch keinen Sinn desselben suggestiv-phantastisch imitieren. Vielmehr was es tut — nämlich Kopf- und Körperstellung nach dem räumlichen Orte *seiner* Gegenstandswelt zu orientieren — das *ist* ihm „Sehen"; das ist der einzige Sinn von „Sehen", den es hat. Und diesen realisiert es tatsächlich in psychisch gesunder, adäquater Weise. Nun ist freilich *dieser* Sinn im „Sehen" von außen an das

Kind herangetragen worden, besonders durch die Ärzte und die Mutter. Wenn diese sagen: das Kind ist blind usw. — so empfindet Edith das ähnlich wie andre Kinder etwa den Satz: das Kind ist noch zu klein, um zu . . . Und nun erwacht ihr Eifer, zu zeigen, daß sie doch „sehen" kann, nämlich schon groß genug ist, um zu „sehen". Sie beweist sich vor der zweifelnden Mutter, sie stellt ihre Tüchtigkeit vor den Ärzten unter Beweis, kurz sie verhält sich wie ein normales lerneifriges Kind gegenüber einer Aufgabe, für deren Bewältigung es Lob ernten will. Wenn man von „Minderwertigkeitsgefühl" sprechen will, so ist dies keineswegs an das Sehen oder Nichtsehen (im Sinn einer Funktion) geknüpft, sondern an die Tatsache des Kindseins vor Erwachsenen — an diese allgemeine Tatsache, die im Zusammenhang mit den familiären Bindungen zur Wurzel jedes Lerneifers, jeder Charakterbildung in der Latenzzeit wird. Daß die blindgeborne Edith „Sehen" spielt, ist geradezu, so paradox es erscheint, ein Hinweis auf ihre psychische Gesundheit und Normalität.

Dennoch ist der Fall — und darum machte er diesen starken Eindruck — sehr aufschlußreich für die Lehre von der Entstehung neurotischer Bildungen im Kindesalter. Und zwar in zwiefacher Hinsicht: einmal darin, daß das, was wir Erwachsene als befremdlich, ja rätselhaft im kindlichen Verhalten ansehen von unserer eigenen Welt aus, — daß das im Kind aus völlig einfühlbaren Wurzeln erwächst, sofern wir es nur fertigbringen, in der jeweiligen kindlichen „Welt" heimisch zu werden. Sodann aber, was uns hier bedeutsamer erscheint: wie eng stehen im Kind „Symptom", Leistung und Charakterstruktur beieinander, auf dem gleichen Boden des Motivationszusammenhanges; und wie leicht geht eines ins andre fließend über!

Deshalb berichte ich über diesen seltsamen und dennoch nicht neurotischen Fall. Daß dahinter noch tiefere Fragen stehen, die den Menschen als Schöpfer und als Geschöpf „seiner" Welt angehen, sei hier nur angedeutet.

Das Soll und Haben-Spiel eines Kindes

Von Dr. Ernst Bien in Wien

Ein phantasiebegabter 11 j. Knabe hat ein ideenreiches Spiel ersonnen, welches zum Eigenartigsten gehört, was mir in meiner psychotherapeutischen Praxis unterlaufen ist.

Es war ein Spiel mit einem Buch, als eine Art von Patiencespiel gedacht und wie ein solches auf das Endresultat gerichtet, ob es „ausgehen" werde oder nicht. Das Buch als solches tat nichts zur Sache, lediglich sein dickleibiger Umfang und die vielen Illustrationen waren von Wichtigkeit.

Die vom Knaben genau eingehaltenen Spielregeln lauten: 10 Seiten des Buches entsprechen einem Lebensjahr, also z. B. 700 Seiten einem Lebensalter von 70 Jahren. 1 Abbildung bedeutet ein Einkommen von S 1000.—. Die Zahl der Abbildungen auf 10 Seiten ergibt somit das Einkommen innerhalb eines Jahres. Als Jahreslimit ist ein Betrag von S 10.000.— vorgesehen. Das Vorhandensein von mehr als 10 Abbildungen auf den 10 Seiten für 1 Jahr bedeutet eine mehr oder weniger leichtsinnige Überschreitung des zulässigen Ausgabenetats, also Schulden, und eine Belastung auf der Soll-Seite. Befinden sich innerhalb der 10 Seiten, die 1 Jahr entsprechen, weniger als 10 Abbildungen, so folgt daraus ein Überschuß, ein Plus auf der Haben-Seite. Soll und Haben-Positionen werden nun schön säuberlich für jedes Jahr hintereinander aufgeschrieben und die Addition ergibt eine Per Saldo-Übersicht über das ganze Leben — ob es mit Schulden oder mit einem Überschuß endete.

Nachdem wir nun in die Spielregeln eingeweiht sind, können wir dem Spiel folgen: Der Knabe schlägt, sagen wir, die 280. Seite des Buches auf. Er denkt an einen Arzt, der sich mit 28 Jahren selbständig macht und in die Praxis geht. Ein Arzt muß es sein — andere Berufe interessieren ihn nicht, ebensowenig bestimmte Personen. Es ist ja nur ein Spiel, l'art pour l'art.

Nun werden 10 Seiten des Buches durchgeblättert und z. B. 12 Abbildungen gezählt. Der Vermerk auf dem Zettel lautet: 28. Lebensjahr S 2000.— Schulden („Soll"). Auf den nächsten 10 Seiten z. B. sind 9 Abbildungen vorhanden. Vermerk: 29. Lebensjahr S 1000.— erspart (von den zur Verfügung stehenden S 10.000.—, also „Haben"). Mit der letzten Seite stirbt der Arzt als 70jähriger. Seine Geldgebarung im letzten Lebensjahr wird ebenfalls vermerkt. Nun werden die so entstandenen 42 Zahlen links und rechts addiert, von dem Haben- der Soll-Posten abgezogen oder umgekehrt. Endlich wird festgestellt: Der Verstorbene hat ein Vermögen von Schilling so und so viel hinterlassen, also zu Lebzeiten mit seinem Geld gut gewirtschaftet. Oder: Der Verstorbene hat so und so viele Schulden hinterlassen, also zu Lebzeiten mit seinem Geld schlecht gewirtschaftet. Damit ist das Spiel zu Ende und die während der ganzen Spieldauer bestandene große Spannung beseitigt.

Die nächste „Patience" wird mit einem anderen Band „gelegt", wobei das Überraschungsmoment den Spieler wachhält. Wird doch jeweils mit einem beliebig anderen Lebensjahr begonnen und hat doch jeder der zur Verfügung stehenden 10 Bände einen anderen Umfang. Das Spiel verlangt höchste Konzentration, bietet eine unerklärliche faszinierende Lust und wird mit echter Kartenleidenschaft immer wieder, so oft als möglich, wiederholt.

Dieses Spiel mit dem Leben eines Arztes dauert bei unserem produktiven Gymnasiasten vom 11. bis zum 14. Lebensjahr. Er beendet dann die Mittelschule, studiert Medizin, wird selbst Arzt und kommt nach abwechslungsreichen Erlebnissen als Impotenter in meine psychische Behandlung. So erfahre ich von dem beschriebenen Spiel.

Zur Erklärung des Spiels muß eine wichtige Tatsache nachgetragen werden, die zwar nicht zum Spiel selbst gehörte, aber sich mit Sicherheit als seine Konsequenz ergab. Sofort nach Spielbeginn stellte sich immer eine volle Erektion ein und dauerte das ganze Spiel hindurch. Wir haben keinen Anlaß, bei diesem Detail Zweifel an der Glaubwürdigkeit und der auch sonst gediegenen Erinnerungsfähigkeit des Pat. zu hegen. Wir erfahren von ihm, daß er damals, mit 11 Jahren, mit der Erektion keine sexuelle Vorstellung verknüpfte, sie als etwas Gegebenes hinnahm und sich weiter nicht darum kümmerte. Trotzdem war es ihm klar, daß hier etwas nicht in Ordnung sei, daß die Spannung im Genitale sich immer einstelle und so merkwürdige Gefühle hervorrufe. Später, als er zum Verständnis der Sexualvorgänge gelangt war, kam es vor, daß er bewußt den Wunsch nach einer Erektion hatte und — nach dem Buch griff. Zu einer Ejakulation kam es während der Spiele niemals — eine Aussage, die ich auf Grund der klinischen Tatsachen, die Pat. bot, nur bestätigen kann. Er gehörte nämlich zu jenen seltenen Fällen, die bei Bewußtsein nicht ejakulieren können, deren Ejakulationsfähigkeit sich in der Pollution erschöpft.

Unser Patient stand während der Soll- und Haben-Spiele in der Vorpubertät. Seine spezifischen Urethralphantasien der Infantilzeit kamen erst in der Vollpubertät in anderen Formen zum Ausdruck. In der Zwischenzeit dominierten homosexuelle Bestrebungen, die offenbar im Spiel Befriedigung suchten. Wir dürfen wohl dieses Spiel als Onaniephantasie mit homosexuellen, gegen einen Arzt ge-

richteten Triebtendenzen auffassen. Dafür spricht die begleitende Erektion, die Erregung, die Leidenschaftlichkeit, die unermüdliche Wiederholung etc.

Das Spiel kann als eine Art „geistiger" sublimierter Onanie gewertet werden. Wir wollen nicht auf Grund unseres Beispiels einen generellen Schluß auf die Spielleidenschaft ziehen, möchten aber auf die sogenannte ökonomische Bedeutung des Spiels für unseren Pat. verweisen. Die Homosexualität äußerte sich damals in einer stürmischen Verliebtheit in einen gleichaltrigen Schulkameraden. Diese Empfindungen lösten schwere Schuldgefühle aus und bewirkten allerhand Gegenanstrengungen. Eine dieser Gegenmaßnahmen — dies unsere Deutung — war das Patiencen-Spiel. Nun durfte er ohne Schuldgefühle homosexuellen Trieben entsprechen und, da das bewußte Interesse nur auf das Spiel gerichtet war, Lust ohne Schuld genießen. Ja, darüber hinaus konnte er sogar spezielle, komplexhafte, homosexuelle Gefühle, auch in bezug auf ein bestimmtes Objekt, erleben — alles unter dem Schutz der „harmlosen" Spielleidenschaft.

Als dieses bestimmte Objekt darf der Vater angesehen werden. Diese Deutung erfährt eine Bestätigung durch die Tatsache, daß der Vater des Knaben ein vielbeschäftigter praktischer A r z t war. Das sexuell erregende Spiel mit einem Arzt (immer und ausschließlich war es ein Arzt) war mithin Ausdruck der libidinösen Tendenzen gegen den Vater.

Einen neuen Gesichtspunkt gewinnen wir, wenn wir die Beziehungen des Spiels zum Problem Geld und zum Problem Tod betrachten. Der Vater verdiente viel Geld und konnte nie damit auskommen. Er gab das Geld für unnötige Dinge aus, sodaß trotz ansehnlicher Einnahmen nie Geld zuhause war. Das ergab häufige Diskussionen zwischen den Eltern. Dem Knaben mißfiel die „Lotterwirtschaft" des Vaters und er bedauerte immer, daß der Vater nicht sparen könne. Es ist anzunehmen, daß diese Gedanken eine Fortsetzung im Unbewußten erfahren haben: „Wenn der Vater so weiter wirtschaftet, wird schließlich nach seinem Tod nichts übrig bleiben. Wie lang kann denn der Vater überhaupt noch leben? Was bleibt dann für mich und die Mutter übrig?"

Nun setzt das symbolhafte Spiel ein. Auf diese Frage gibt es eine eindeutige Antwort: Der Vater stirbt mit so und so viel Jahren und da zeigt es sich, ob er ein solides oder ein „Lotter"-Leben geführt hat, je nachdem, welche Werte er auf der Haben-Seite seines Lebens angehäuft hat. Man kann den Vater nicht direkt ermahnen, sein Geld, seine Gefühle, seine Energien nicht zu verschwenden; aber man kann ihm Direktiven erteilen: „Schau, dieser Arzt hat ein jährliches Einkommen von nur 10.000 S und muß damit haushalten, Du aber verdienst ein vielfaches davon und kannst nichts ersparen. Was wirst Du mir nach Deinem Tod zurücklassen?"

Es war ein Spiel mit dem Leben und Tod des Vaters, den bipolaren Gefühlen zu ihm, der geheimen Todesklausel. Aber darüber hinaus war es auch ein Spiel mit dem eigenen Leben und Tod. In der Identifizierung mit dem Vater machte sich der Knabe zum selbständigen Arzt (er wurde später auch Arzt). Je nachdem wie die Patience ausging, führte er dieselbe „Lotterwirtschaft" wie der Vater (Defizit des Lebens) oder im Gegensatz dazu ein solides, sparsames Leben, wie es der Vater hätte tun sollen.

Das Spiel war eine sinnreiche Anfrage an das Schicksal, eine magische Handlung, ein Orakel: Was bringt mir mein Leben an Soll und Haben? Was bringt mir der Tod des geliebten und zugleich gehaßten Vaters?

Nach dem wirklichen Tod des Vaters ergab sich in der Geldbilanz ein erhebliches Defizit. Die Familie nahm sich der Witwe und ihres Sohnes an und ver-

sorgte sie reichlich mit Geldmitteln. Mit subjektiver Berechtigung konnte Pat. — nachdem seine unbewußten Todeswünsche gegen den Vater in Erfüllung gingen — den bewußten Schluß ziehen: „Noch nie ist es uns so gut gegangen wie jetzt, nach dem Tod des Vaters!" Daß er dieses Wohlergehen mit einer schweren Zwangskrankheit bezahlte — das gehört in ein anderes Kapitel seines Lebens.

VARIA

Zwang und Strafe in Familie und Schule[1])

Dr. med. Heinrich Meng, Basel:

Die erste Frage: „Sind Zwingen und Strafen für die seelische Entwicklung des Kindes nützlich oder schädlich" ist, derart allgemein gefaßt, nicht zu beantworten u. a. auch deshalb, weil das Erziehungsziel in den verschiedenen Lebenskreisen verschieden aufgefaßt wird. Die seelische Hygiene hat aber alle Eingriffe darauf hin zu überprüfen, ob sie die natürliche Reifung des Kindes begünstigen oder stören, insbesondere zu sehr verzögern oder beschleunigen, und auch sonst der Neurosen-Prophylaxe, der Trieberziehung und der Festigung der Persönlichkeit, dienen. Binet und Freud zeigten die Spät- und Dauerfolgen der Eingriffe in der Frühkindheit.

Die zweite Frage: „Wo liegt die Ursache für das ewige Versuchen, immer wieder durch Zwingen und Strafen zu erziehen?" Das Grundproblem ist die Erfassung des Wesens der Rachsucht. Der Drang, durch Zwingen und Strafen andere zu erziehen, wurzelt im Sadismus und in der Rachsucht des Einzelnen und beruft sich auf das sadistische und masochistische Wesen des Menschenkindes. Das Erziehungsziel ist, dem Kind zu helfen, daß seine seelischen Reaktionen bei größtmöglicher Freiheit doch unter die Herrschaft eines starken und einheitlichen Ichs gelangen. Es war vielleicht die seelisch-hygienisch größte Leistung, daß die Psychoanalyse die wirklichen Lebensbedingungen zwischen Eltern und Kindern aufgedeckt und ihre Hauptkomponenten, wie die kindliche Sexualität, die Ödipussituation, die Psychologie der Trotzphase und der durch sie bedingten scheinbaren Straffälligkeit geklärt hat. Eine künftige seelische Hygiene, welche die wichtigsten Funde der Psychoanalyse in die Praxis umsetzen wird, nimmt bei ihren Bemühungen zur Prophylaxe vermeidbarer seelischer Entwicklungsstörungen auf die individuellen Verschiedenheiten der Trieb*anlage*, aber auch auf ihre starke Modifizierbarkeit durch die Einflüsse der Kinderstube und der vielen Miterzieher Rücksicht. Sie erstrebt eine Sanierung der Person durch psychische Sanierung der Familie und der Schule und gleichzeitig das Umgekehrte. Jedes Erziehungsmittel, auch Zwingen und Strafen, ist daraufhin zu prüfen und danach zu werten, ob seine Sofort- oder Spätwirkung mithelfe, den Aggressionstrieb und den Erostrieb so zu einen, daß der Mensch als ethisch reife Persönlichkeit ohne Machtbegehrlichkeit arbeiten, lieben, verzichten und genießen kann, auch als sozialer Mensch leistungsfähig in der Gemeinschaft und für dieselbe.

---

[1]) Die „III. Réunion Européenne d'Hygiène Mentale" findet anläßlich der Brüsseler Weltausstellung am 20.—21. Juli 1935 statt. Zum Referat „Strafe und Zwang in der Familie und in der Schule" werden sprechen: Dr. Heinrich Meng, Basel, und Dr. H. Crichton-Miller, London. Wir bringen hier kurze, uns von den Verfassern freundlichst zur Verfügung gestellte Vorberichte der geplanten Vorträge. Wir verweisen auch auf das Referat über das ausgezeichnete Buch von H. Meng: „Strafen und Erziehen" auf Seite 188 dieses Heftes. Die Schriftleitung.

Dr. med. H. Crichton-Miller, London:

Es ist beabsichtigt, einiges über die allgemeine Bedeutung und die Ansichten über Strafen und Erziehen innerhalb der menschlichen Gesellschaft zu sagen.

Die drei Möglichkeiten lauten: 1. Vergeltung, 2. Abschreckung, 3. Verbesserung.

Es wird das Problem der Wirkung von Angst und Entmutigung als Gegensatz zu Aufmunterung und eigener Anstrengung auf Seite des Kindes behandelt. Dies wird weiterführen zur Fähigkeit oder Unfähigkeit des Kindes, die Bedeutung des Strafens und aller Zucht einzusehen. Daraus soll die wichtige Folgerung hervorgehen, daß es nicht möglich ist, für alle Kinder die gleichen Vorschriften aufzustellen, und daß das, was für das eine gut ist, für das andere von Übel sein kann. Daran schließt sich die Besprechung der nur scheinbaren Ungerechtigkeit, die vorliegt, wenn einzelne Mitglieder einer Familie und einzelne Schüler einer Schule nach verschiedenen Maßstäben behandelt werden.

Die allgemeine Neigung der Erwachsenen geht dahin, diesen Schwierigkeiten durch absolute Reglementierungen und gleiche Behandlung aller Kinder auszuweichen. Daher wird Strafen oder auch Nichtstrafen für „Verbrechertum" verschrieen, während in Wirklichkeit Strafen erteilt oder vermieden werden sollten, je nach dem seelischen Anspruch des Schuldigen und nicht je nach der Tat. Es werden dann die bewußten und unbewußten Motive untersucht, die man bei strafenden Lehrern oder Eltern vorfindet, im speziellen das nicht ungewöhnliche Vorhandensein von sadistischen Impulsen als Quelle des Strafens. Der Freudschen Auslegung wird widersprochen, daß unbedingt jede grausame Tat ein unbewußt sexuelles Motiv habe. Der Vortrag schließt mit einem Aufruf für die Individualpsychologie, nicht aber im engen Adlerschen Sinn, sondern in der breiten Auffassung der psychologischen Grundlagen ohne vorgefaßte Meinungen. Nur auf dieser Linie finden wir eine Basis für Gerechtigkeit oder Ungerechtigkeit bei der Bestrafung der Kinder.

Ein Fall von Kindermißhandlung unter dem Vorwand angeblicher Nahrungsverweigerung

Von Dr. Werner Kornfeld in Wien

Ich wurde von einer mir bis dahin unbekannten Dame telephonisch angerufen, die mir sagte, sie würde mir am nächsten Tag ihr Kind zeigen, bei dem sie große Schwierigkeiten mit der Ernährung habe. Das „Nicht-essen-wollen" habe in der letzten Zeit zu so argen Konflikten geführt, daß sie das Kind schon seit mehreren Tagen in seinem Zimmer eingesperrt halten müsse. Ich entgegnete, daß ich die Sache für dringlich ansehe und nicht bis zum nächsten Tag warten möchte, um womöglich gleich eine Milderung dieser gespannten Konfliktsituation zu erzielen. Bei meinem Besuch erfuhr ich im wesentlichen folgendes über die Vorgeschichte: Die Ehe, aus der die 6 jährige B. L. als einziges Kind stammt, war vor 3 Jahren geschieden worden. Seit 2 Monaten war die Mutter, die in der Zwischenzeit Beziehungen zu einem anderen Mann hatte, wieder verheiratet. Sowohl die Mutter als auch ihr jetziger Mann machen den Eindruck hochintelligenter und kultivierter Menschen. Der Vater des Kindes ist Arier, Mutter und Stiefvater sind Juden. Im 8. Schwangerschaftsmonat drohte Frühgeburt, doch konnten die einsetzenden Wehen medikamentös unterdrückt werden; die Geburt verlief schwer (Zange). Im Wochenbett machte die Mutter eine Venenentzündung mit septischem Charakter durch.

Das von Anfang an lebhafte und bald eigenwillig erscheinende Kind wurde erst von der Mutter selbst pflegerisch versorgt; es entwickelte sich gut und war mit 1¼ Jahren sauber. Mit 1½Jahren aber begann es wieder zu nässen; auf mißglückte Beeinflussungsversuche (z. B. in der Nässe liegen lassen etc.) trat sogar auch noch Einschmutzen hinzu. Nun gab es „hie und da einen Klaps". Es wurde ein Mädchen zur Wartung des Kindes aufgenommen, worauf das Nässen in kurzer Zeit aufhörte, um aber anfangs bisweilen noch in jenen Nächten wiederzukehren, die auf den dienstfreien Nachmittag des Kindermädchens folgten. Schon damals hatten Ehekonflikte begonnen. Als das Kind drei Jahre alt war, erfolgte die Übersiedlung aus einem Nachbarort nach Wien, bald darauf die Scheidung der Eltern. Kurz vorher war das Kind einmal Zeuge einer heftigen Szene zwischen den Eltern gewesen, in deren Verlauf der Vater die Mutter prügelte. Eine Erinnerung der Mutter aus dieser Zeit: Das Kind ißt von einer seiner Lieblingsspeisen, die Mutter möchte kosten, das Kind gestattet es nicht; auf die Frage nach dem Grund beginnt das Kind: „weil ich dich nicht . . ." und bricht ab. Die Mutter vermutet richtig „ . . . lieb habe", sagt aber nichts. Am Abend wendet sie sich an das Kind: „Du kannst lieb haben, wen du willst, du mußt nur wissen, daß Vater und Mutter dich immer lieb haben werden."

Das Kind besuchte einen Kindergarten und wurde dort als liebenswürdig, intelligent, aber verschlossen und eigenbrötlerisch beschrieben. Die Mutter betont: „Die Kleine hat überhaupt kein Gefühl." Einen Hund, den sie geschenkt bekam, quälte und mißhandelte sie, wenn sie sich unbeobachtet glaubte; schon frühzeitig versuchte sie mit einem gewissen Raffinement, anderen Leuten Schmerzen zu bereiten und sie durch beleidigende oder kränkende Äußerungen zu verletzen. Beim Anziehen trödelte sie eine Zeitlang stets so herum, daß sie trotz aller Bemühungen der Mutter wochenlang in den Kindergarten zu spät kam. Gegen die Mutter erhob sie verleumderische Anschuldigungen den Großeltern gegenüber, beispielsweise behauptete sie ganz unbegründeterweise, daß die Mutter, wenn sie sie abhole, sehr oft zu spät komme u. s. f.

Besondere Schwierigkeiten mache das Kind schon seit langer Zeit beim Essen. Wiederholt habe die Mutter es stundenlang bei einer Mahlzeit sitzen lassen müssen, dann wieder es einen ganzen Tag lang fasten lassen, ohne damit seinen Trotz brechen zu können. Auch jetzt sei wieder eine solche Periode besonderer Renitenz beim Essen eingetreten und die Mutter habe sich nicht mehr anders zu helfen gewußt, als indem sie das Kind prügelte oder wenn sie selbst es nicht mehr ausgehalten habe, den Stiefvater bat, das Kind zu schlagen. Bevor ich endlich zu dem Kind selbst hineinging, gestand die Mutter, daß in den letzten Tagen, in denen sie das Kind in seinem Zimmer eingesperrt gehalten habe, zu diesen „Erziehungsversuchen" sogar eine Hundspeitsche(!) verwendet worden war.

Als ich zu dem Kind hineinkam, machte es auch tatsächlich den Eindruck eines verprügelten Hundes und fuhr beim Nähertreten zusammen wie in Angst vor neuerlichen Schlägen. In einem kurzen Gespräch bewahrte es eine Haltung ängstlicher Beobachtung, taute aber auf und ließ mit der Zeit sogar andeutungsweise eine gewisse, nur äußerlich reprimierte, muntere Keckheit durchblicken.

Ich ließ nun vor allem die „Strafe" sofort aufheben, ordnete an, daß von dem Vergangenen nicht mehr gesprochen würde, das Kind am nächsten Vormittag mit der Mutter spazieren gehen solle, und daß man dem Kind beim Essen volle Freiheit lassen solle.

Am nächsten Tag wurde mir das Kind in die Ordination gebracht. Sein Verhalten sei tadellos gewesen. Eine nun vorgenommene genaue körperliche Untersuchung

ergab schwere Züchtigungsspuren, diente vor allem aber auch dem Zweck, die Mutter über den durchaus befriedigenden Gesundheits- und Ernährungszustand des Kindes zu beruhigen und sie damit jedes weiteren Grundes für zwangsmäßige Fütterung bzw. Mästung zu berauben. Die Mutter hatte sich an diesem Tag sowohl mir gegenüber, als auch gegenüber der Leiterin einer Tagesheimstätte, welche das Kind besuchte, dankbar und begeistert über den erzielten Erfolg geäußert.

Nun sollte, nach dieser mehr äußerlichen Beseitigung der krassen aktuellen Konfliktlage, die eigentliche Psychotherapie einsetzen. Sehr eingehende anamnestische Erhebungen über das Vorleben der Mutter, auf welche diese anscheinend bereitwillig einging, deckten eine komplizierte und teilweise ausgesprochen abwegige Triebentwicklung auf. Eine Zeit hindurch hatte exzessive Onanie das Denken des heranwachsenden jungen Mädchens stark beherrscht. In ihrer ersten Ehe scheint ein ausgesprochenes Hörigkeitsverhältnis des offenbar schwer neurotischen Mannes ihr gegenüber bestanden zu haben. Ich legte das Hauptgewicht darauf, sie bei ihren Erzählungen das Triebhafte ihres Verhaltens selbst herausarbeiten zu lassen und so auch die sadistischen Züge ihres Wesens von verschiedenen Erlebnissen her in die Nähe ihres zentralen Bewußtseins gelangen zu lassen. So teilte sie denn auch mit, daß in der Familie ihres ersten Mannes mehrfach Psychopathen, teilweise mit ausgesprochenen sadistischen Zügen vorgekommen seien; andrerseits, daß sie ihr Kind anfangs besonders wegen einer angeblichen Ähnlichkeit mit bestimmten Verwandten des Vaters tatsächlich gehaßt habe, wovon aber jetzt keineswegs mehr die Rede sein könne. So hatte ich bei dieser zweiten Untersuchung den Eindruck, daß mir immerhin schon einiges gelungen sei. Durch die Feststellung und Betonung des guten Ernährungszustandes und durch strikte, detaillierte Vorschriften über das Verhalten beim Essen hatte ich den Druck und die Gefahr der letzten konfliktauslösenden Situationen wesentlich gemildert; durch die Bewußtmachung der Rolle der Triebentwicklung der Mutter für ihre Einstellung zum Kind es der Mutter unmöglich gemacht, die sadistische Wurzel ihrer Handlungsweise zu übersehen und zu verleugnen.

Bei einer dritten Unterredung mit der Mutter aber kam zutage, daß mein Vorgehen, für dessen Tempo bei mir die Gefährdung des Kindes ausschlaggebend gewesen war, trotz des offensichtlich erzielten Erfolges „unrichtig" gewesen war. Denn die Mutter teilte mir mit, daß sie trotz Anerkennung der von mir geleisteten sehr wesentlichen Hilfe, für die sie sehr dankbar sei, sich entschlossen habe, das Kind einer ihr von anderer Seite empfohlenen Heilpädagogin zur weiteren erzieherischen Beeinflussung zu übergeben. Sie habe doch den Eindruck gewonnen, daß ich die Sache zu sehr vom Standpunkt „sadistischer Motive" aus auffasse, und auch das genaue Eingehen auf die seelische Vorgeschichte der Mutter wurde mir gewissermaßen als überflüssig vorgeworfen.

Wie ich später erfuhr, war das Kind dann tatsächlich einigemal bei der erwähnten Heilpädagogin, zeigte im übrigen ein wesentlich besseres Verhalten. Es wurde mir dann nach mehreren Wochen nochmals aus somatischen Gründen gezeigt und dabei das günstige, konfliktlose Benehmen seit meinem Eingreifen anerkannt. Es bleibt aber überaus bedauerlich, daß mein im Interesse der möglichst schnellen Befreiung des Kindes aus seiner bedrohlichen Lage forciertes Vorgehen durch die Abschreckung der Mutter mir die Möglichkeit raubte, durch weitere psychotherapeutische Einwirkung auf Mutter und Kind die Konflikte zwischen dem schwer belasteten und durch seine Erlebnisse (Ehekonflikte der Eltern, Scheidung, Stiefvater etc.) aufgewühlten Kind und der neurotischen Mutter kausal aufzulösen.

Ein Kind ißt seine Haare

Von Dr. Alfred Bretschneider in Mülheim-Ruhr

Liselotte D., 8 Jahre alt, wird mir in die Sprechstunde gebracht. Auf dem Kopf auffallende Haarlücken; ferner starker Verlust der Augenwimpern. Die Mutter gibt an, Liselotte reiße sich die Haare einzeln heraus, wickle sie um den Zeigefinger der rechten Hand und lutsche sie vom Zeigefinger ab, um sie allmählich zu verschlucken. Die Augenwimpern reiße sie sich gleichfalls aus und stecke sie ebenfalls in den Mund.

Es war aus dem Kind zunächst absolut nichts herauszubringen über die Beweggründe seines absonderlichen Tuns. Nur als ich es fragte, ob denn das Heraußreißen der Haare nicht wehtue, fing es an zu schluchzen.

Angesichts des rätselhaften, mir völlig unerklärlichen Tuns des Kindes veranlaßte ich zunächst die Mutter, dem Kind einmal die Kopfhaare ganz kurz schneiden zu lassen ($^1/_{10}$ mm). Die Eltern versuchten, mit Güte und Strenge dem Kind das Haarereißen abzugewöhnen. Liselotte schwor auch jedesmal unter lebhaften Beteuerungen, es solle nie wieder vorkommen — aber wenn sie sich unbeobachtet wähnte, namentlich im Bett, erlag sie doch der Versuchung.

Als mir Liselotte dann mit kahlgeschorenem Kopf vorgeführt wurde, gab ich meiner Freude Ausdruck, daß sie nun bald wieder ein nettes Mädel sein würde, wenn die Haare wieder gewachsen seien. Der Erfolg war erwartungsgemäß gleich Null; denn mit dem Wachsen der Haare stellte sich das alte Übel wieder ein.

Während der inzwischen häufigen Unterhaltungen mit dem Kind war es mir aber gelungen, das Vertrauen des Kindes zu gewinnen. Eines Tages fragte ich es, ob es denn keine so schönen Haare haben wolle, wie die anderen Mädels, oder was es sich denn sonst eigentlich auf dem Kopf wünsche. Da fing es heftig an zu weinen, sie wolle lange Haare haben, aber nicht solche. Weiter kam sie nicht. Ich ergänzte: „Wie solche, die du dir immer ausgerissen hast?" — keine Antwort. Hier mußte des Rätsels Lösung stecken.

Ich beschäftigte mich intensiv mit den Gründen, die wohl das Kind zu seinem Tun veranlaßten. Eines Morgens fiel mir der Passus aus Schillers „Kraniche des Ibykus" ein: „Und wo die Haare lieblich flattern — Um Menschenstirnen freundlich wehn, — Da sieht man Schlangen hier und Nattern — Die giftgeschwollnen Bäuche blähn."

Nun konnte nur noch der Traum weiterhelfen. Was symbolisieren die Haare des Kindes? Endlich, endlich, nach langem Hin und Her erzählte Liselotte einen Traum der folgendermaßen lautet:

„Ich liege auf der Wiese vor unserem Haus und da kommen viele Regenwürmer auf mich zugekrochen und kriechen in meine Haare und in meine Augen, Ich reiße die Regenwürmer aus den Haaren und wische sie aus den Augen, springe auf und schreie ganz laut — und da bin ich aufgewacht."

Die Eltern bestätigen, daß Liselotte des öfteren nachts schreiend erwacht — aber nie Angaben über die Ursache des Schreiens gemacht habe.

Merkwürdig ist noch folgendes: Die Eltern Liselottes halten Hühner. Bisweilen werden sie beim Umgraben von Land mit Regenwürmern gefüttert, bzw. die Hühner scharren selbst oft nach solchen. Liselotte wird von dem Verspeistwerden der Regenwürmer mit schreiendem Entsetzen erfüllt. Aus Angst näßt sie sich oft beim Zusehen ein. Es dauerte wieder geraume Zeit, bis ich endlich von Liselotte die Mitteilung erhielt, daß gelegentliche Spiele mit einem Knaben der

Nachbarschaft stattfanden, die unzweifelhaft sexueller Neugierde entsprossen.

Nun war das Rätsel gelöst; die uralte Symbolik der Würmer, die hier nicht erklärt zu werden braucht, und — die Symbolik der sich kräuselnden Haare.

Alles weitere wickelte sich von selbst ab, wie leicht zu erraten ist. Liselotte erwies sich als zugänglich für alle Erklärungen und Belehrungen und der Erfolg war glänzend. Bald hatte ich es mit einem frischen, munteren, zutraulichen, vollkommen befreiten, dem Alter entsprechenden Kind zu tun, dessen Haarwuchs nach und nach alle Lücken verwischte.

Auf die Symbolik des Einführens des um den Finger gewickelten Haares in den Mund brauche ich vor einem psychoanalytisch geschulten Leserkreis nicht einzugehen.

Nur auf eins möchte ich noch ganz kurz hinweisen. Warum verlegt Liselotte die Regenwürmer auf den Kopf? Aus demselben Grund, der Pallas Athene aus dem Haupt des Zeus, dem Hort seiner Gedanken, erwachsen läßt. Ferner: Ein bekannter Ausdruck der Verzweiflung lautet: „Es ist, um sich die Haare (einzeln) auszuraufen". Offenbar ist mit dem Gefühl der Verzweiflung der Verzicht auf die Attribute männlicher Kraft verknüpft, die in diesem Fall in den Haaren symbolisiert sind.

Ob der den Jesus von Nazareth vernehmende Hohepriester sich vor entsetzensvollem Schrecken die Kleider zerreißt, oder der bekannte Allah-Anbeter sich den Bart ausreißen möchte — wie wenige wissen, was sie mit absonderlichem Tun und Reden symbolisieren.

Liselotte weiß es nun und ist geheilt.

Phobie eines Zweieinhalbjährigen

Von Elsa Grailich in Bratislava-Preßburg (C. S. R.)

Die Mutter des kleinen Rudi berichtet, vor 3—4 Monaten habe sich der Kleine in der Tramway plötzlich auf die Erde geworfen, zu brüllen und zu toben begonnen, und sei nicht eher zu beruhigen gewesen, bis sie mit ihm wieder ausgestiegen sei. Dasselbe Bild habe er auch auf einem kleinen Überfahrtsdampfer über die Donau produziert, obzwar er sehr gerne zur Donau gehe und die Schiffe mit Interesse betrachte. Vor der Tramway auf der Straße fürchte er sich nicht, sei aber nicht zu bewegen, einzusteigen. Bei jedem Versuch setze sofort das furchtbare Angstgeschrei ein, sodaß man davon absehen müsse. Die Familie fühle sich dadurch in ihrer Bewegungsfreiheit vollkommen gehindert, da man keinen Ausflug, keinen weiteren Weg, der mit einer Tramwayfahrt verbunden ist, mit dem Kind unternehmen könne.

Ich besuche das Kind zum erstenmal bei seiner Tante im Garten. Es ist körperlich und geistig vorzüglich entwickelt, für sein Alter ganz auffallend intelligent, außerordentlich zutraulich. Die erste Geschichte, die ich ihm erzählen soll, ist die vom Wolf und dann das Märchen vom Rotkäppchen.

In der nächsten Stunde, bei mir, greift er sofort nach einem Bilderbuch mit Tieren und fragt bei jedem einzelnen: „Was tut es?" Bei den Raubtieren (der Wolf auf dem Bild hält ein Stück Fleisch im Rachen) erkläre ich ihm: „Sie fressen die kleinen Tiere". Worauf er sehr interessiert fragt: „Weinen dann die kleinen Tiere? Wie weinen sie?" Ich muß es ihm vormachen, wie sie weinen. Als ich ihm bei den Fischen erkläre, sie können nicht weinen, sie hätten keine Stimme, verzieht er das

Gesicht, wird ungeduldig und forscht unausgesetzt: „Und doch, wie weinen die Fischlein?“ bis ich ihm sage, das Wasser mache gluckgluck, wenn sie weinen. Dies wiederholt sich stereotyp in den nächsten vier Stunden, wobei sich das Gesichtchen immer auffallend verzerrt. Dann kommt eine weitere Frage: „Weint auch die Mutti von den kleinen Tieren, wenn die großen sie beißen?“

Dazwischen fallen folgende Spiele: Ein kleines Hölzchen wird im Sand versteckt und ich muß es suchen; finde ich es, so klatscht er vor Freude in die Hände. Die Bausteine legt er hintereinander und erklärt, das sei eine Eisenbahn. Kleine Püppchen nimmt er aus der Schachtel und verlangt, ich solle ihnen das Hemd und das Höschen ausziehen. Dann besieht er die nackten Puppen sehr genau. In der nächsten Stunde interessieren sie ihn nicht mehr. „Zieh ihnen das Hemd wieder an“. Seinerzeit interessierte ihn die Kuckuckuhr, später zeigt er zunehmende Angst vor ihr; er fürchtet sich sichtlich vor dem Ton. „Sag ihm, er soll schon aufhören!“ In der achten Stunde schneide ich ihm, auf seinen Wunsch, aus Papier einen Hampelmann, er reißt ihm den Kopf, einen Fuß und eine Hand ab und fragt: „Wird er jetzt weinen?“

Vorsichtigen Versuchen, das Gespräch auf das Schiff oder die Tramway zu lenken, weicht er sofort aus. Als ich einmal etwas energischer darauf bestehe, erklärt er, daß er sich davor fürchte. Auf meine Frage, wovor er sich fürchte, antwortet er: „Das weiß ich nicht“. In der neunten Stunde berichtet das Kinderfräulein, er habe gesagt, er wolle gerne mit mir auf der Tramway fahren. Er pflegt mich immer bis zur Tramway zu begleiten, wartet bis ich eingestiegen bin und winkt mir nach; ich habe ihn aber noch nie aufgefordert, mitzufahren. In der elften Stunde berichtet das Fräulein, er sei am Tage vorher mit seinem Vater im Fiaker gefahren und heute mit ihr in die Tramway gestiegen: ohne alle Schwierigkeiten. In der zwölften Stunde überrasche ich ihn mit einer kleinen Eisenbahn, die ihm viel Freude macht. Am nächsten Tag gehen wir zusammen auf den Bahnhof, wobei ich ihn die kleine Lokomotive mitnehmen lasse und das Hauptgewicht auf den Vergleich lege: wir müssen sehen, ob die große auch so aussieht. Er zeigt gar keine Angst vor der Lokomotive, weigert sich aber, in einen Waggon einzusteigen. Damit wurde die Behandlung abgebrochen. Wie ich nachträglich erfuhr, ist er bald nachher mit den Eltern in die Sommerfrische und dort auf dem Schiff gefahren, ohne daß es jemals mehr auch nur die geringsten Schwierigkeiten gegeben hätte.

Von einer Kinderanalyse im eigentlichen Sinn kann hier wohl nicht die Rede sein. Was die Unterredungen lieferten, war allerdings reiches Material zu einer Analyse, es genügte aber, daß das Kind seinen Konflikt einfach ungehindert abreagierte. Der Tatbestand ist folgender: Die Eltern sind Geschäftsleute und haben wenig Zeit, sich um das Kind zu kümmern. Autorität sind sie ihm überhaupt nicht. Das frühere Kinderfräulein hat dem damals Zweijährigen, der sehr eigenwillig und verzogen war, wiederholt gedroht: „Du kommst in die Hölle, die Teufel werden dich beißen.“ Hier ist der Zusammenhang zwischen der Tramway und dem wilden Tier, das ihn verschlingt, zu suchen (Rotkäppchen im Bauch des Wolfes).

Das Zerreißen des Hampelmanns bekundet starke aggressive Triebe; die Neugier in bezug auf den Puppenkörper spricht für ein bisheriges Verbot. Als ich aber seine Neugierde nicht verbiete, interessiert es ihn auch nicht mehr, die Puppen nackt zu sehen. Die eigene Aggression verschiebt das Kind nun auf die wilden Tiere und entlastet dadurch seine Seele von dem Schuldgefühl. Es bleibt nur mehr das kleine, hilflose, weinende Tierlein, das aber seinem Verfolger glücklich entkommt, also nichts zu fürchten hat.

REFERATE

Kinderpsychotherapie und Grenzgebiete

Czerny, A.: Der Arzt als Erzieher des Kindes. 8. Aufl. Verlag F. Deuticke, Leipzig u. Wien 1934, 106 Seiten, S 3.78.

In dem Vorwort zu dieser Neuauflage seiner klassischen Broschüre sagt Czerny: „Die Vorlesungen hatten den Zweck, die Ärzte aufmerksam zu machen, daß es ihre Aufgabe ist, sich mit der Erziehung der Kinder zu befassen. Die Aufgabe ist gegenwärtig erfüllt. Allenthalben beschäftigen sich jetzt die Ärzte mit Erziehungsfragen." Damit ist kurz und treffend die Bedeutung der vorliegenden Vorlesungen gekennzeichnet. — Frei von den Scheuklappen dieser oder jener psychologisierenden Schulmeinung legt Czerny die Ergebnisse seiner praktischen Erfahrungen nieder, die er als pädagogisch interessierter Kinderarzt über viele auch heute noch heiß umstrittene Erziehungsfragen sammeln konnte. Manche seiner Anschauungen, mit denen er allerdings keineswegs alleinsteht, werden auch weiterhin bei vielen Pädagogen und Kinderärzten auf Widerspruch stoßen; so seine Überzeugung, daß zumindest für manche Kinder die körperliche Strafe als Erziehungsmittel unentbehrlich sei, die Ablehnung des Montessorikindergartens für geistig normale Kinder und Ähnliches. In den meisten Punkten aber decken sich Czernys Ausführungen im Wesentlichen mit den Auffassungen der Mehrzahl der modernen mit Erziehungsfragen beschäftigten Ärzte. Stellenweise allerdings gewinnt man den Eindruck, als ob die spezielle ärztliche Pädagogik die Darlegungen Czernys in ihrer neueren Entwicklung bereits überholt hätte. Die ärztliche Heilpädagogik kommt bei einigen Ausführungen zu kurz, so beispielsweise, wenn Czerny sagt, daß auch der Arzt nicht in der Lage sei, in geringeren Graden von Schwachsinn eine Entscheidung zu treffen, weil dazu die genaue Prüfung der Aufmerksamkeit des Kindes notwendig sei, wie sie nur der Lehrer beim Unterricht feststellen könne. Die Erfahrung in heilpädagogischen Ambulatorien hat im Gegensatz dazu gezeigt, daß gerade in leichteren Grenzfällen auch der erfahrene Lehrer oft nicht imstande ist, eine die künftige Entwicklung berücksichtigende Entscheidung zu treffen und daß der spezialistisch ausgebildete Hilfschullehrer in solchen Fällen mit Recht und oft mit Erfolg die Hilfe des ärztlichen Heilpädagogen zu Rate zieht, der unter Verwendung verschiedener Methoden der Intelligenzprüfung und unter Verwertung der mitgeteilten Beobachtungsergebnisse in Schule und Familie eher befähigt ist, die Gesamtpersönlichkeit derartiger Sonderindividuen verläßlich zu erfassen. — Abgesehen von derartigen wenig bedeutungsvollen Einzelheiten, die zu Widerspruch anregen, ist aber das klar und einfach geschriebene Buch, dessen Rolle für die Entwicklung des Verhältnisses zwischen Medizin und Erziehungslehre überaus wichtig war, auch heute sehr lesenswert, und seine Verbreitung sowohl in ärztlichen Leserkreisen als auch bei Laien wäre im Interesse der Vermeidung vieler immer wiederkehrender Erziehungsfehler auf das Wärmste zu begrüßen. Werner Kornfeld (Wien).

Rutishauser, Fritz (Ermatingen): **Über Erfahrungen auf dem Gebiete der Kinderpsychiatrie und Erziehung.** Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psychiatr. 33, H. 1, 1934.

Verf., der seit 27 Jahren das Landerziehungsheim Breitenstein in Ermatingen leitet, gibt einen instruktiven Bericht über seine Erfahrungen in dieser Anstalt. Eingangs betont er, daß die eigenen Komplexe, namentlich die negativen, auf die uns anvertrauten Patienten wirken. Das gilt nicht nur für den Leiter, sondern auch für

seine Mitarbeiter. Für den verheirateten Heimleiter ist seine Frau die erste und wichtigste Mitarbeiterin. Jede ungelöste eigene Eheschwierigkeit ist auch eine Belastung für das Ganze. Belastung und Komplikationen können auch von den übrigen Mitarbeitern, Lehrern und Miterziehern, kommen. Daher Sorgfalt bei der Auswahl der Mitarbeiter in einem Psychopathenheim. In Breitenstein hat es einen familiären Charakter. Dies war wegen der kleinen Patientenzahl (niemals mehr als 15) das Gegebene. Bei der Aufnahme legt Verf. größtes Gewicht auf eine genaue körperliche Untersuchung, da eine günstige Beeinflussung der körperlichen Vorgänge unsere psychotherapeutischen Bemühungen vereinfachen und erleichtern kann. Selbstverständlich ist ein genauer Status der Intelligenz und Affektivität. Gleich nach der Aufnahme wird ein dem Zögling angepaßtes Tagesprogramm festgelegt, das aber dauernd elastisch und dem Heilungsprozeß anpaßbar bleiben muß. Die Sanierung der Ernährung und des Schlafes ist von großer Bedeutung, ebenso die Herstellung eines richtigen Verhältnisses von Tätigkeit und Ruhe. Die Beteiligung an praktischen Arbeiten (Zimmerdienst, Hausarbeit, Gartenarbeit, Handfertigkeit etc.) wirkt im Sinn der Arbeitstherapie entspannend und wohltätig. Die Arbeitstherapie wird durch tägliches Turnen, Ballspiel, Sport etc. unterstützt. Der Unterricht in der Schule soll nicht einfach eine Fortsetzung des offiziellen Staatsbetriebes sein. Er soll zunächst dazu dienen, die Reaktion des Kindes auf geistig-seelische Anforderungen zu studieren. Das ständige Zusammenleben des Zöglings mit den Erziehern und den andern Gliedern der Familie weckt den Sinn für das Soziale. Sozial-machen ist die Aufgabe der Erziehung Neurotischer. Die psychagogische Führung kann alle psychotherapeutischen Methoden in ihren Dienst stellen. Verf. wendet je nach Indikation die Persuasionsmethode D u b o i s', die Hypnose und die Psychokatharsis an. Er macht sich auch die Erkenntnisse der Psychoanalyse verschiedener Richtungen zunutze, wenn er auch jede dogmatische Anwendung verwirft. Die Traumdeutung kann für die Behandlung der Jugendlichen sehr fruchtbar sein, nur ist es nicht notwendig, die Deutungen ohneweiteres dem Zögling vorzutragen. Sie sollten mehr in Maßnahmen und Forderungen umgegossen werden, die man zur rechten Zeit dem Kind nahebringt. Auf eine solche Analyse muß unbedingt die Synthese folgen: die befreiten Kräfte des Kindes sind in eine Arbeit überzuführen, die es befriedigt und erfreut. Auch sollen bei der psychagogischen Führung normative Forderungen an das Kind herangebracht werden, die ethisch begründet sein müssen, wobei es Sache der Persönlichkeit des Erziehers ist, diese Forderung religiös oder sozial zu begründen.

Einige interessante statistische Angaben beschließen die Arbeit. Im ganzen sind 635 Kinder im Alter von 7—15 Jahren durch das Heim gegangen. Das Verhältnis der Knaben zu den Mädchen ist 3 : 2. Interessant ist, daß mehr als die Hälfte der Zöglinge von Eltern stammten, die in ehelichem Zerwürfnis lebten. Ebenso ist die Zahl der einzigen Kinder auffallend groß. Für solche Kinder pflegt der Milieuwechsel eine direkte Lebensnotwendigkeit zu sein. Die in Breitenstein erzielten Erfolge beweisen die dringende Notwendigkeit von Landerziehungsheimen für nervöse Kinder und Jugendliche. M. N a c h m a n s o h n (Luzern).

Bühler, Charlotte: Drei Generationen im Jugendtagebuch. Quellen und Studien zur Jugendkunde. Verlag Gustav Fischer, Jena 1934, 184 S., Brosch. RM 10.—.

Bekanntlich stützt sich die Autorin bei ihrer Jugendforschung vor allem auf das Tagebuchmaterial des Wiener psychologischen Instituts. Ob und inwieweit dadurch eine Selektion vorgenommen wird, steht hier nicht zur Diskussion: eine ganz besonders dankenswerte Leistung stellt jedenfalls die Tagebuchsammlung an sich dar und so begrüßen wir auch die Veröffentlichung der vier Mädchentagebücher des

vorliegenden Bandes. Vor allem scheint der Autorin eine Rechtfertigung ihrer Methode vorgeschwebt zu sein, wenn sie in der mehr als ein Drittel des Buches umfassenden Einleitung durch eine sorgfältige Analyse sämtlicher Mädchentagebücher zu zeigen versucht, in wie eindeutiger Weise sich unser allgemeines Bild der drei Generationen — der heute 20jährigen, ihrer Mütter und Großmütter — in den Tagebüchern bestätigt findet. Die feinsinnige Analyse des jeweils Generationsspezifischen kann hier nicht näher referiert werden. Vom Standpunkt des Psychotherapeuten wichtig erscheint mir, was die Autorin über die Abhebung, über das stabilere innere Gleichgewicht der jüngsten Generation sagt; denn, fügen wir aus eigenem hinzu, es geht nicht an, darüber hinwegzusehen, daß in den Befunden der Analyse und der verwandten Richtungen manches Generationsspezifische mitenthalten ist. Die B ü h l e r sche Betrachtung legt besonders nahe, an eine Mitigierung des Ödipuskomplexes zu denken. Daß die vorgelegten, kaum retuschierten Tagebücher der vier 15 bis 20jährigen Mädchen eine wirkliche Lesefreude für den weitesten Fachkreis bedeuten, braucht wohl nicht erst gesagt zu werden. Von allem Wissenschaftlichen abgesehen, sei nur noch auf die menschliche und poetische Schönheit vieler Tagebuchstellen hingewiesen. Da von den 93 Tagebüchern, die das Wiener Institut besitzt, mit den vorliegenden erst zehn veröffentlicht wurden, wäre es sehr zu begrüßen, wenn es der Herausgeberin und dem Verlag gelänge, noch möglichst viel von diesem einzigartigen Material zu publizieren.

R. H o f s t ä t t e r (Wien).

Meng, Heinrich (Basel): **Strafen und Erziehen.** Verlag Hans Huber, Bern, 1934, 203 Seiten, Preis: Leinen RM 4.80.

Der bekannte Verf. gibt in dem aus Vorträgen entstandenen Werk einen hauptsächlich für Lehrer und Eltern bestimmten, aber auch für den Psychotherapeuten wertvollen Überblick über ein wichtiges psychologisch-pädagogisches Teilproblem. Ausgehend von dem Ursprung des Strafens als sakrale Handlung erwähnt der Verf. die verschiedenen Strafrechtstheorien und bespricht die Psychologie der Strafe und des Strafens, die seelische Wirkung der Körperstrafe, Erziehen und Strafen in den verschiedenen kindlichen Altersstufen und die richtige Behandlung scheinbar straffälliger Kinder. Die Abschreckung und Isolierung haben bei der Ablösung der Strafe von dem ausschließlichen Vergeltungsimpuls ein wesentliches Stück sozialer Entwicklung bedeutet. Die Bereitschaft zum Strafen, Bestraftwerden und Sichselbstbestrafen wird in der gleichen Zeit im Kind erweckt und aufgebaut, in der es von den Erziehern die ersten sittlichen Gebote empfängt. Das Kind ist mitunter ein strengerer Richter gegen sich selbst, als der Erwachsene. Je mehr das Kind allmählich auch die Forderungen der Gesellschaft kennenlernt, bildet es sein zunächst der Familie angepaßtes Gewissen zum sozialen Gewissen aus. In der Erziehung darf nicht zuviel Angst mobilisiert werden, damit sich das erzeugte Schuldgefühl in Pflichtgefühl verwandeln kann. Schon allein die ständige Furcht vor der körperlichen Strafe führt zu angstvoller Spannung und der Phantasie einer „Strafwelt". An vielen Stellen wird die Erweiterung des Gesichtskreises durch die moderne Seelenforschung spürbar. Was wußte man um die Jahrhundertwende von dem „Verbrecher aus Schuldgefühl", was von der sexuellen Wirkung der Körperstrafe, von Angstlust, von den unbewußten Voraussetzungen, die den Erzieher zum Strafen veranlassen? Wie wesentlich ist die Erkenntnis, daß das Kind mehr leidens- und oft weniger freudefähig ist, als der Erwachsene. In den beiden Schlußkapiteln erörtert der Autor die Frage der „straffreien" Erziehung und Selbstzucht und weist auf das pädagogische Problem der Zukunft hin. Ebensowenig wie trotz scheinbar gegenteiliger Selbstzeugnisse Erwachsener die Prügelstrafe ohne später nach-

weisbaren Schaden ertragen werden kann, liegt das Geheimnis brauchbarer Erziehungsmittel in der „Straffreiheit". Manches Kind zieht sogar eine rasch vollzogene Prügelstrafe einer tagelang andauernden Atmosphäre der Nichtbeachtung, des stillen Vorwurfs vor. Im Erziehungsprozeß soll das Individuum mit der geringsten Einbusse an Aktivität kulturfähig und sozial werden (F r e u d). Das Kind ist der unerbittliche Erzieher der Menschheit zur Selbstachtung und zur Selbsterlösung.

Der praktische Psychotherapeut würde vielleicht noch auf eine Fülle lebendigster Beispiele, die die wenigen angeführten Beobachtungen A i c h h o r n s und anderer ergänzen könnten, verweisen, um gerade dem Lehrer und dem Seelsorger eindringlich die unheilvolle Wirkung der „sakralen" Erziehung vor Augen zu führen. Aber hier erhebt sich ein Zweifel, den auch der Verf. andeutet. Die Grenzen der Erziehung liegen zu einem erheblichen Teil nicht im Kind, sondern in der gerade vorhandenen Kulturebene, und es scheitert heute noch jede Belehrung des Erziehers, sobald affektive Widerstände auftreten, gegen die uns keine Machtmittel gegeben sind. Zwischen dem psychologischen Wissen der Jetztzeit und seiner Anwendung in der Erziehungspraxis muß ein Intervall liegen, in dem das Unbewußte der zivilisierten Menschheit zu disziplinieren und einer neuen Kulturstufe anzupassen ist. G e r h a r d M e y e r (Düsseldorf).

Szondi, L.: Konstitutionsanalyse psychisch abnormer Kinder. Verlag Marhold, Halle a/S. 1933, 107 Seiten, geh. RM 4.—.

Fünf Vorlesungen, 1932 in Amsterdam gehalten, bilden den Inhalt dieser Broschüre, die vielfach Fragen behandelt, welche bei der Indikation zur Kinderpsychotherapie von grundlegender Bedeutung sind. Zunächst wird „der Sondermensch, der Untermensch und der Übermensch im Lichte der Variationsbiologie" betrachtet. Dann werden unter den „Methoden der Konstitutionsanalyse" die röntgenologische Schädeluntersuchung, die Anthropometrie, Grundumsatzbestimmung und glykämische Reaktion, Hereditätsverhältnisse und Kapillarmikroskopie besprochen. Eine dritte Vorlesung bringt als Beispiel zur Anwendung der Konstitutionsanalyse Beiträge zur Frage des Stotterns. Als Grundlage der Prognostik in heilpädagogischen und kinderpsychiatrischen Fragen werden die pathologischen Wurzeln, die genealogischen Verhältnisse, die somatischen Abweichungen und die typischen Verhaltungsweisen erörtert. Den Abschluß bildet eine Auseinandersetzung mit der Notwendigkeit einer biologischen Betrachtung der kindlichen Persönlichkeit für das heilpädagogische Vorgehen. Werner K o r n f e l d (Wien).

Weil, Julius: Frühsymptome der Verwahrlosung. Friedrich Manns Pädagogisches Magazin. H. 1385. Herman Beyer u. Söhne, Langensalza 1933.

Verf. berichtet über 41 Fälle von Frühsymptomen der Verwahrlosung, die in kurzen Zügen wiedergegeben werden. Diese 41 Fälle sind aus einem großen Material herausgenommen worden, das durch Verschickung von 350 Exemplaren eines ausführlichen Fragebogens an Jugendfürsorgeorganisationen gewonnen ist. In Form von Sprachstörungen, Gehstörungen, Anfällen, vasomotorisch-endokrinen Störungen, Enuresis, Enkoprese, Onanie kann sich eine Verwahrlosung ankündigen. Ein derartiges Symptom ist oft ein „Signal" der Entwicklungshemmung. Es frühzeitig erkennen, bedeutet, der Verwahrlosung vorbeugen. Ref. ist mit dem Verf. völlig einer Meinung, wenn die Forderung erhoben wird, der rechtzeitigen Erkennung nervöser Symptome Grundlagen und Möglichkeiten zu bereiten.

Curt B o e n h e i m (Berlin).

Thorndike, E. L.: Century Junior Dictionary. Verlag Scott, Foresman and Co., Chicago 1935.

Daß ein Psychologe ein Wörterbuch schreibt, gibt diesem eine besondere Nuance.

Und nun gar ein Thorndike, der bedeutende Erforscher der Kinderpsychologie an der Columbia-Universität, dessen Arbeiten über Lernen, Begriffs- und Sprachbildung im Kindesalter und über Schulpädagogik auf psychologischer Grundlage für die Erziehungskultur der angelsächsischen Länder grundlegend geworden sind. Dies „Lexikon für Kinder" ist die praktische Auswertung und Anwendung seiner Forderungen. Es wählt 23.000 Worte aus dem englischen Wortschatz aus; ein jedes derselben bezeichnet es nach der statistisch ermittelten Häufigkeit seines Gebrauchs im täglichen Leben, u. zw. immer in Tausend zusammengefaßt. So erfahren wir z. B., daß „Bett" zu dem ersten Tausend gehört, „Elektrizität' zu dem siebenten, „Ironie" zum zwölften Tausend, usw. Die Bestimmungen der Worte sind psychologisch begründete Expositionen für das Kind, nicht etwa Definitionen. Alles Grammatische und Syntaktische tritt wohltuend zurück. Die Exposition erfolgt oft bildlich, in schlagender vereinfachender Weise, auch bei Abstrakten. Ein Beispiel dafür (der schmollende Mann) sei nebenstehend wiedergegeben. Es sagt mehr über die didaktische Eigenart des Buches als alle Beschreibung. Für Lehrer, aber auch für Kinderpsychologen ist das Werk eine Fundgrube von Materialien. Hoffentlich gelingt es, ein Parallelwerk für die deutsche Sprache zu schaffen, das auf einer ebenso umfassenden psychologischen Forschungsgrundlage ruht.

> scowl (skoul), 1. look angry or sullen by lowering the eyebrows; to frown. 2. an angry, sullen look; a frown. *v.i., v.t., n.8.*
>
> Man scowling

Arthur Kronfeld (Berlin).

Stolte, K.: Die Enuresisbehandlung. Arch. f. Kinderheilk. 95, 294, 1932.

Ederer, St. und E. v. Lederer: Zur Pathogenese der Enuresis. Jahrb. f. Kinderheilk., 138, 21, 1933.

Feer, E.: Die Behandlung der Enuresis. Jahrb. f. Kinderheilk. 139, 38, 1933.

Schächter, M.: Die Pathogenese der Enuresis. Jahrb. f. Kinderheilk. 140, 234, 1933.

Siegl, J. u. H. Asperger: Zur Behandlung der Enuresis. Arch. f. Kinderh. 102, 88, 1934.

Christoffel, H.: Zur Biologie der Enuresis. Zeitschr. f. Kinderpsychiatr. 1, 1, 1934.

Stolte betont die Bedeutung der psychischen Einwirkung in der Enuresisbehandlung. Er trachtet die Blase allmählich an einen immer größeren Füllungszustand zu gewöhnen und läßt sogar zum Abendbrot eine Tasse guten russischen Tees geben. Dadurch werde auch die Schlaftiefe vermindert. Wichtig ist die Stärkung des Willens des Kindes; zur Aufmunterung gleichgültiger Kinder können eventuell auch Strafen versucht werden.

Ederer und Lederer gehen von der Anschauung aus, daß die Enuresis auf Ausfall oder Lockerung eines bedingten Reflexes zurückzuführen sei. Der Harndrangreiz muß zeitlich mit der bewußten Aktion des Schließmechanismus zusammenfallen, damit ein positiver bedingter Schließungsreflex befestigt werde. Die psychische Behandlung habe sich vor allem auf das Erzielen eines Spontanerwachens vor dem Einnässen zu konzentrieren. Zur Herabsetzung der Schlaftiefe bevorzugen die Verf. Ephedrin oder Hypophysenextrakt in Form von Schnupfpulver; sie denken dabei an die Möglichkeit einer gleichzeitigen tonusverstärkenden Wirkung auf den Schließmechanismus. Sie erzielen bei ihrer Methode 80 Prozent Heilung oder Besserung. Versager sind am häufigsten bei geistig Minderwertigen oder Grenzfällen vorgekommen.

Feer beschränkt seine Darstellung auf die Fälle mit echter Enuresis nocturna bei normaler Intelligenz. Er findet, daß weder der Onanie noch sexuellen Traumen im allgemeinen eine besondere Bedeutung bei der Pathogenese der Enuresis zukommt. Er bevorzugt eine kombinierte Behandlung, die hauptsächlich eine Erziehung der Blase zum Ziel hat. Wichtig ist die Übung des Blasenschließmechanismus einerseits durch wiederholte Aufforderung zum Urinieren, anderseits durch Anhaltung zur Unterdrückung des Miktionsdranges. Die Mehrzahl der Fälle seien meist willenschwache Neuropathen, eretische, schüchterne und eingeschüchterte Kinder, die durch Anlage oder Umwelteinfluß neurotisch geworden sind. Eine Hauptaufgabe des Arztes ist es, dem Pat. Vertrauen zum Arzt und Selbstvertrauen beizubringen. Wichtig sei die Kost; besonders wichtig täglicher eindringlicher Zuspruch. Der Behandlungserfolg werde durch eine vom Kind genau durchzuführende Kontrolle und Berichterstattung wesentlich unterstützt.

Schächter versucht in seiner Therapie — aufbauend auf einer Theorie der Kortikalisation der Miktionsbewegung — die Miktion in einen bedingten Reflex überzuführen, mit Bindung an eine bestimmte, willkürlich herbeigeführte akustische Einwirkung.

Siegl und Asperger haben die von Hamburger in ein einfaches Schema gebrachte Behandlungsmethode in der Wiener Kinderklinik an einem Material von 76 Kindern angewandt. In Verfolgung der Auffassung der echten Enuresis als ausschließlich funktioneller Störung hat Hamburger seit langem die reine und einfache Suggestivbehandlung für dieses Leiden verfochten. Von den 76 Fällen werden 16 mit Enuresis diurna oder Polakisurie als durchwegs geheilt beschrieben. Von den 60 Fällen mit Enuresis nocturna sind 10 nach kurzer Behandlung ausgeblieben, von den übrigen 50 wurden 36 Fälle d. i. 72 Prozent völlig geheilt. Die Behandlung erfolgte rein suggestiv mit indifferenten Tropfen, Faradisation und Hochfrequenz.

Christoffel bespricht zunächst — nach einer Abgrenzung der Enuresis als rein psychogener Miktionsstörung — die viel umstrittenen physiologischen und pathologischen Beziehungen zwischen Miktion und Schlaf. Unter Zugrundelegung der Begriffe „Urophilie" und „Uropolemie" als Erweiterung des psychoanalytischen Begriffes der „Urethralerotik" wird weiter der Versuch unternommen, zur Aufklärung der Erscheinungen der Enuresis an die Entwicklung der Verhaltungsweisen des Säuglings anzuknüpfen. Die hierauf folgende Besprechung der Beziehungen zwischen Auftreten und Verschwinden der Enuresis zu einzelnen psychischen Entwicklungsperioden (Ödipusphase, Pubertät), zur Masturbation und zum Pavor nocturnus, verfolgt weitgehend psychoanalytische Gedankengänge.

Werner Kornfeld (Wien).

Glanzmann, E.: Zur Psychopathologie der Enkopresis. Z. f. Kinderpsychiatr. 3, 1934.

Verf. teilt mehrere Fälle von Enkopresis (Beschmutzung) mit, die zum Teil mit Enuresis zusammen, zum Teil in Verbindung mit einer Angstneurose und mit Sexualangst aufgetreten sind. Es werden Parallelen zur Enuresis gezogen. Der Autor betont mit Recht, daß in der Literatur die Enkoprese sehr vernachlässigt wird. Demgegenüber weise ich auf Ausführungen von Pototzky und von mir selbst hin.

Curt Boenheim (Berlin).

Muser, Hans: Homosexualität und Jugendfürsorge. Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn 1933, 184 Seiten. (Studien zur Soziologie und Fürsorge, H. 1).

Verf. versucht, die Gefährdung der männlichen Jugend durch die Homosexualität (Homo), insbesondere durch die männliche Prostitution, darzustellen und die

praktischen Hilfsmöglichkeiten zu klären. Es wird demnach das Problem der Homo der Hauptsache nach vom soziologischen und fürsorgerischen Standpunkt aus betrachtet, ohne jedoch die medizinischen und moralpsychologischen Fragen ganz außer acht zu lassen. Der Autor hat für seine Arbeit die Verhältnisse besonders in Hamburg und Berlin studiert. Er umreißt zuerst Begriff, Umfang und Eigentümlichkeiten der männlichen Prostitution, um dann die Frage nach den Voraussetzungen der homo-Betätigung Jugendlicher zu beantworten. Hier unterscheidet Muser zwei große Komplexe: einmal die endogen bedingten Voraussetzungen, die in der körperlichen und psychischen Konstitution begründet sind (Anlage) und zum andern die exogen bedingten Voraussetzungen, Umweltseinflüsse aller Art (Milieuwirkungen). Meist müssen beide Ursachenkomplexe zusammenwirken, um den „männlichen Prostituierten, bzw. sexuell Gefährdeten" zu schaffen. Was die „endogene Gruppierung" anlangt, unterscheidet Muser 1.) Echte Homo, 2.) Normale Jugendliche, darunter a) kompensatorisch-homo, die aus Mangel an Gelegenheit oder aus Scheu vor dem andern Geschlecht ihren normalen erotischen Trieb nicht befriedigen und deshalb einen Ersatz in der Liebeszuwendung zum eigenen Geschlecht finden, die sich ihnen irgendwie von außen her aufdrängt, b) oktroyiert-homo, die eine Vergewaltigung oder eine ihr gleichkommende suggestive Überlistung durch einen Verführer zwingt, homo-Handlungen zu dulden, und 3.) Unechte Homo, wozu Muser alle diejenigen Jugendlichen rechnet, die infolge von Schwachsinn und Psychopathie in allen Erscheinungsformen oder durch ihre noch in der Pubertätskrise sich befindende, geschlechtlich meist gestörte Entwicklung gegenüber äußeren Einflüssen besonders gefährdet sind. Hier unterscheidet demnach der Autor eine „Pubertäts-Homo" und eine „Simulations- (Pseudo-, unechte) Homo". Die letztere Gruppe stellt — und das betont Muser ganz besonders — das Heer der männlichen Prostituierten dar und umgekehrt. Und was die exogenen Ursachenkomplexe der jugendlichen Homo anlangt, so betont Muser besonders die Arbeitslosigkeit der Jugend, die Verführung durch ältere Homo und die heutige Fürsorgeerziehungspraxis in Anstalten, die für die Entstehung der sexuellen Gefährdung Jugendlicher besonders entscheidend sind. Hier sei der Hebel der Homo-Fürsorge anzusetzen, worunter Muser diejenige fürsorgerische Tätigkeit versteht, die sich der homo veranlagten, gefährdeten und verwahrlosten Jugendlichen vorbeugend, heilend und positiv bildend annimmt. Doch sei eine für sich isolierte Homo-Fürsorge nicht am Platz, sie liegt vielmehr in allen möglichen kulturellen, sozialpolitischen und insbesonders fürsorgerischen Gegebenheiten eingebettet. Wie sich die fürsorgerische Praxis zu vollziehen habe, ist im II. Teil des Buches des näheren auseinandergesetzt. Es wird darin ein bis heute in der einschlägigen Literatur vernachlässigtes Problem in dankenswerter Weise nach allen Seiten hin gründlich beleuchtet.

O. F. Scheuer (Wien).

Erklärung der Schriftleitung

Die Unterschrift des in der vorigen Nummer der „Psychotherapeutischen Praxis" erschienenen Berichtes über den psychotherapeutischen Kongreß in Bad Nauheim bedarf einer Berichtigung. Zwar beruht der Bericht auf den umfassenden Aufzeichnungen des Herrn Dr. Harald Schultz-Hencke, die er der Schriftleitung gütigst zur Verfügung gestellt hat, jedoch trägt für den Bericht, der diese Aufzeichnungen erheblich gekürzt und frei benützt hat, nicht Herr Dr. Schultz-Hencke die Verantwortung, sondern die Schriftleitung.

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Verlag für Medizin, Weidmann & Co., Wien IX, Berggasse 13
Verantwortlicher Schriftleiter: Dr. Ernst Bien, Wien IX, Spitalgasse 17
Druck von Josef Schwarz, Wien IX, Sensengasse 4